

DIE ROLLE DES ARZTES BEI DER
ENTSTEHUNG DER
ARZNEIMITTELABHÄNGIGKEIT

WOLFRAM WALTHER

1972

Aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie München
(Klinisches Institut)

Direktor des Klinischen Instituts: Prof. Dr. D. Floog

DIE ROLLE DES ARZTES BEI DER ENTSTEHUNG
DER ARZNEIMITTELABHÄNGIGKEIT

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Wolfram Walther
aus
Nürnberg
1972

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München



Berichterstatter: Priv.Doiz. Dr. D. v. Zerssen

Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 9. Mai 1972

Inhaltsverzeichnis

PROBLEMATIK DER ARZNEIMITTELABHÄNGIGKEIT UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG ÄTIOLOGISCHER FAKTOREN, VOR ALLEM IM HINBLICK AUF DIE ROLLE DES ARZTES (LITERATURÜBERSICHT)

	Seite
Vorbemerkung	1
1. Definition des Begriffs Arzneimittel- abhängigkeit	1
2. Potentielle Gefährlichkeit der verwendeten Pharmaka	2
3. Verbreitung der Arzneimittelabhängigkeit . . .	7
4. Ursachen für die Verbreitung	9
5. Der Arzt bei der Entstehung der Medikamenten- abhängigkeit	13
6. Gründe für ein ärztliches Fehlverhalten beim Rezeptieren von potentiell abhängigkeitserzeu- genden Medikamenten	15

EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Methodik

Vorbemerkung	20
1. Untersuchungsgut	20
2. Untersuchungsbogen	24
3. Durchführung der Exploration	25
4. Auswertung	28

Ergebnisse und Diskussion

Vorbemerkung	29
I. Art der Medikation und Modus des Mißbrauchs bzw. der Sucht	30
II. Vermittlungsart der Medikamente durch Arzt bzw. Apotheker	37

III. Generelles Verhalten von Ärzten und Apothekern, die von einer Abhängigkeit bzw. Sucht ihres Patienten wußten	54
---	----

FOLGERUNG	61
---------------------	----

ZUSAMMENFASSUNG	63
---------------------------	----

LITERATUR	65
---------------------	----

ANHANG

PROBLEMATIK DER ARZNEIMITTELABHÄNGIGKEIT UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG ÄTIOLOGISCHER FAKTOREN, VOR ALLEM IN HINBLICK AUF DIE ROLLE DES ARZTES (LITERATURÜBERSICHT)

Vorbemerkung

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, die Bedeutung eines bei der Entstehung einer Arzneimittelabhängigkeit mitspielenden Faktors an Hand der Literatur und eigenen Erhebungen zu zeigen. Es geht dabei um die allgemein noch weit unterschätzte Rolle des Arztes und - im Zusammenhang damit auch des Apothekers - bei der Verschreibung von Abhängigkeit erzeugenden Pharmaka.

1. Definition des Begriffs Arzneimittelabhängigkeit

Unter dem zusammenfassenden Begriff Abhängigkeit werden hier die Termini Mißbrauch bzw. Abusus und Sucht verstanden. Für die praktische Bedeutung der Medikamentenabhängigkeit hat sich eine klassische Trennung der verschiedenen Abhängigkeitsformen als nicht zweckmäßig erwiesen. Entstehungsmechanismen, Übergänge von einem in ein anderes Stadium der Gebundenheit an ein Medikament und die aus jedem Stadium für das Individuum erwachsenden Folgen sind schwer voneinander zu trennen und lassen sich kaum als Einzelfaktoren isolieren. So kann beispielsweise ein von Hypnotika abhängiger Patient organisch, neurologisch und psychisch schwerer geschädigt sein als ein äußerlich verwahrloster, verfallener Alkoholiker nach langem übermäßigem Abusus. Der so betroffene Medikamentenpatient braucht aber weder in seiner äußeren Erscheinung noch in seinem Verhalten der Umgebung besonders aufzufallen (15). Dieser Patient würde mit der klassischen Suchtdefinition, die ja gerade den destruktiven Charakter des äußeren Erscheinungsbildes fordert, nicht zu beschreiben sein. Den komplexen

Zusammenhang der Medikamentenabhängigkeit, der sich, vor allem unter dem Gesichtspunkt der Belastung für den Patienten, nur schwer in begrifflich trennbare Grade bzw. Stadien zerlegen läßt, haben zahlreiche Autoren erkannt (2,13,33,59,69). Zum Verständnis des Lesers sei daher festgestellt, daß im weiteren für alle Stadien einer Krankheit, die auf dem übermäßigen Konsum von suchterzeugenden Medikamenten beruht, der Begriff Arzneimittelabhängigkeit (drug dependency), wie von der WHO vorgeschlagen (13,47), weiterverwendet wird.

2. Potentielle Gefährlichkeit der verwendeten Pharmaka

Die durch den Zwang, ständig Genußmittel oder Rauschgifte zu sich nehmen zu müssen, bedingte Abhängigkeit eines Menschen von psychotoxischen Substanzen wird allgemein ernst genommen. Aus der langen Geschichte dieser Suchtformen - Sucht ist so alt wie die Menschheit (27) - aber auch aus der Literatur, die sich mit diesen Problemen sowohl wissenschaftlich als auch in mehr unterhaltender Form ausgiebig beschäftigt hat, wird verständlich, daß der Mensch sich der Gefahren, die von derartigen Genußmitteln und Drogen ausgehen, durchaus bewußt geworden ist. Viel weniger dagegen oder überhaupt nicht ist er sich aber der Gefahren bewußt, die das "stille Elend" unserer Zeit (66), die ständig wachsende Medikamentenabhängigkeit, für ihn hervorgebracht hat. Sie ist im wahrsten Sinne des Wortes ein Elend, da sie in mancher Hinsicht die altbekannten Suchtformen an Gefährlichkeit noch übertrifft, im Ausmaß ihrer Verbreitung, wenn man vom Alkoholismus absieht, jene sogar weit in den Schatten stellt. Viele ernsthafte Autoren halten die Abhängigkeit von manchen Hypnotika und Betäubungsmitteln, insbesondere von Barbituraten, für folgenschwerer als die von Morphin (2,23,33,60).

Soweit die auf klassischen Suchtmitteln beruhenden Abhängigkeitsformen, die aber ständig im Schwinden begriffen sind (31), heute überhaupt noch eine Bedeutung haben, stellen sie in erster Linie ein gesundheitspolizeiliches und kein ärztliches

Problem dar (8).

Jedoch ist es um dieses Elend der Arzneimittelabhängigkeit herum "still", wie Volbert es formuliert hat. Denn Medikamente, von denen ein Mensch in eine fatale Abhängigkeit geraten kann, haben im allgemeinen durchaus nichts Spektakuläres wie etwa die Opiumalkaloide an sich. Die Beschaffung solcher Medikamente macht meist keine Schwierigkeiten (10). Man kann sie ja auf ganz legale Weise nicht selten ohne ärztliches Rezept in der Apotheke, einige sogar in Drogerien und ähnlichen Verkaufsstellen, erhalten. Schließlich und endlich handelt es sich ja um "gewöhnliche Heilmittel" aus dem Therapieschatz eines jeden Praktikers. Aber nicht einmal eigentlich Arzneimittel sind es, sondern mehr oder weniger doch nur "Hilfsmittel" für all die kleinen und vielfältigen Schmerz- und Mißbehagenssymptome des Alltags, die mit einer echten Krankheit natürlich nicht verglichen oder in Zusammenhang gebracht werden dürfen. Leider ist eine solche verharmlosende Einstellung gemessen an der potentiellen Gefährlichkeit dieser Pharmaka nicht nur in Laienkreisen, sondern auch bei vielen Ärzten und Apothekern verbreitet. Nämlich gerade diese "harmlosen" gegen häufig auftretende Allgemeinsymptome gerichteten Medikamente sind es, die oft schon nach kurzer Anwendungsdauer einen Patienten in eine Arzneimittelabhängigkeit verstricken (23,35). Hierzu gehören in erster Linie alle Analgetika, vom banalsten Kopfwehrpulver bis hin zum hochwirksamen synthetischen Opiat, prinzipiell alle Hypnotika, ob nun barbitursäurehaltig oder nicht, und nicht minder alle im weitesten Sinn als Psychopharmaka zu bezeichnenden Arzneimittel, also vor allem Sedativa, Tranquilizer und Stimulantien. Unterschätzt wird in diesem Zusammenhang gerne die Bedeutung von Husten- und Asthmamitteln, denen meist stark wirkende Bestandteile der vorgenannten Gruppen beigelegt sind.

Dabei lassen sich zwischen diesen einzelnen Medikamentengruppen nicht immer klare Trennungslinien hinsichtlich ihrer Wirkungen ziehen. So üben Hypnotika z.B. in kleineren Dosen einen sedierenden Einfluß, in höheren narkotische Wirkungen

aus (43, 56). Ebenso ist es keine Seltenheit, daß einunddasselbe Mittel dem einen Patienten zur Beruhigung, dem anderen dagegen zur Anregung dient. Dieses Phänomen einer Wirkungs-umkehr kann sogar ein Patient an sich selbst erleben, wenn er ein bestimmtes Medikament über einen längeren Zeitraum regelmäßig anwendet (59). Meist treten hierbei dann neben den ursprünglich beabsichtigten jedoch andere neue Wirkungen auf, die nun immer mehr das bestimmende Motiv für eine weitere Zuführung des Medikaments werden. So sucht der schlafgestörte, von Schlafmitteln abhängige Patient nicht mehr die schlafbringende Wirkung sondern eine Nebenwirkung (46).

Die hier angesprochene Eigenschaft dieser Arzneien, über den Mechanismus einer Gewöhnung den Patienten in ein von ihnen fatales Abhängigkeitsverhältnis hineinzuziehen, ist sicher die entscheidendste für den weiteren Verlauf des Patientenschicksals. Diese Gebundenheit an ein Medikament macht eine weitere aktive Lebensgestaltung nahezu unmöglich. Der Medikamentenabhängige lebt für seine Abhängigkeit. Er gestaltet sein Leben rund um sein Medikament herum (51). Die Unfreiheit des Menschen wird so in höchster Potenz dokumentiert (61). Aus dieser Unfreiheit leiten sich für den Patienten alle weiteren negativen Veränderungen sozusagen als logische Konsequenzen ab. Sie macht das ständige Herausgleiten des Betroffenen aus seiner Gesellschaftsordnung verständlich. Der Patient wird schließlich berufsunfähig (31), da seine Tatkraft zwangsläufig immer mehr durch zunehmende Schwierigkeiten bei der Beschaffung seiner Arzneien, die in ständig wachsenden Mengen benötigt werden, beansprucht wird.

Gleichlaufend mit seinem sozialen Abstieg gerät er in eine wirtschaftliche Notsituation. Denn für die Befriedigung des wachsenden Medikamentenhunglers müssen zunehmend mehr Geldmittel aufgewendet werden. Der Arzneimittelabhängige muß für seine tägliche Ration nicht selten DM 50.-- und mehr aufbringen (67). So nimmt es einen nicht wunder, wenn er nur allzu leicht in Gesetzeskonflikte gerät.

Der so beherrschte Mensch wird aber nicht nur in seiner Persönlichkeitsentwicklung entscheidend getroffen. Denn die über physiologisch-chemische Reaktionsweisen ablaufenden Zerstörungsmechanismen dieser Medikamente, die jetzt wahrlich mehr den Charakter eines Giftes als den eines Heilmittels haben, fordern früher oder später ihren Tribut. Physiologische und organische Schäden stellen sich mit der Zeit unvermeidlich ein. Eine aber gerade bei der Medikamentenabhängigkeit vielfach beobachtete tückische Eigenheit einer Anzahl dieser Arzneimittel ist es, sehr spät, dann aber spontan auftretend, eine massive Symptomatik auszubilden. Sie weist auf schwere organische Schäden hin, die nun - zu spät erkannt - kaum mehr beherrscht werden können. Auf der anderen Seite beobachtet man aber das frühzeitige Auftreten einer Vielzahl von nichtssagenden Allgemeinsymptomen, die den Arzt bei seiner Diagnosefindung irreleiten (12).

Es ist nicht Aufgabe dieser Abhandlung, die schweren Schädigungen an Organen und Nervensystem, die durch Medikamentenabusus hervorgerufen werden, zu behandeln, über die bereits zahlreiche Arbeiten veröffentlicht worden sind.

Grundsätzlich sei aber noch einmal festgestellt, daß allen Medikamenten der aufgeführten Arzneimittelgruppen die Eigenschaft, den Patienten in eine Abhängigkeit zwingen zu können, anhaftet (1, 8, 42, 59, 63). Mittel aus diesem Pharmakabereich, die auch bei langer Anwendungsdauer und bei hoher Dosierung für den Patienten keine negativen Entwicklungen befürchten lassen, gibt es praktisch nicht. Die Forderungen an derartige Präparate, eine große therapeutische Breite aufzuweisen, nicht zu kummulieren, weder physisch noch psychisch eine Abhängigkeit noch eine Gewöhnung zu erzeugen und eine gute orale Wirkung zu besitzen, konnte von der pharmazeutischen Industrie bisher nicht oder zumindest nicht in allen Punkten erfüllt werden (53, 56). So galt z.B. das bekannte Opalidon lange als ein Analgetikum, von dem keine Abhängigkeitsentwicklung zu erwarten war, da es das den meisten anderen

Schmerzmitteln beigelegte Phenazetin nicht enthält. Inzwischen sind aber auch eine ganze Reihe von "klassischen Optalidon-suchten" beschrieben worden (10). Oder wie viele Hypnotika sind nicht allein in den letzten zwanzig Jahren von der Industrie unter dem Gütezeichen "barbituratrei" und somit als "harmlose" Arzneimittel neu auf den Markt gebracht worden. Bei einer genaueren Untersuchung dieser Schlafmittel konnte bisher aber keinem der geprüften Medikamente das Prädikat: "erzeugt keine Abhängigkeit" ausgestellt werden (6,25,50,53, 58,63,68).

In Anbetracht der für den Menschen so verderbenbringenden Eigenschaften dieser spezifischen Arzneien scheint die Frage nach ihrer grundsätzlichen Berechtigung als Therapiemittel nicht fehl am Platz. Es gibt Autoren, die die Mehrzahl dieser Medikamente und nicht etwa nur die Barbiturate und phenazetinhaltigen Analgetika, sondern auch viele der neueren Psychopharmaka aus dem Arzneimittellarsenal verbannt sehen wollen (11,19). Diese Ansicht wird auch dadurch verständlich, wenn man bedenkt, daß eine ganze Reihe besagter Medikamente hinsichtlich ihres gewünschten Wirkungseffektes nicht allzuviel zu leisten vermögen. Aus zahlreichen Placeboversuchen geht hervor, daß der erzielte Erfolg bei diesen Mitteln zu einem besonders hohen Prozentsatz auf Suggestion und der psychischen Reaktionsweise des Patienten zu beruhen scheint (30). Diese Feststellung dürfte ganz augenfällig für Schlafmittel zutreffen, wie auch aus eigenen Erfahrungen mit hypnotika an Krankenanstalten hervorgeht.

Aber selbst, wenn man einem Hypnotikum eine sichere schlafbringende Wirkung zubilligen muß, so darf doch nie übersehen werden, daß ein durch pharmakologische Substanzen künstlich erzwungener, sozusagen passiver Schlaf, dem die für die Erholung des Schlafgestörten notwendigen aktiven Vorgänge fehlen, mit einem gesunden natürlichen Schlaf nicht vergleichbar ist (39,56).

Weiterhin gibt es unter den erwähnten Arzneimitteln eine

Anzahl von Vertretern, denen eine gute Wirkung nicht abgesprochen werden kann, die aber bei längerer Anwendungsdauer ursprüngliche Beschwerden, gegen die sie gerichtet waren, selbst hervorzubringen vermögen. Der verhängnisvolle circulus vitiosus des Phenazetins ist in diesem Zusammenhang häufig beschrieben worden (8,27,39,62).

Ein circulus vitiosus wird auch in der Form deutlich, daß ein Patient, auf den ein Medikament schon längere Zeit einen verformenden Einfluß ausüben konnte, nicht mehr erkennen kann, ob er die Arznei zur Coupierung der ursprünglichen Symptome oder gegen mißliche Empfindungen, die im Laufe der Zeit erst durch das Medikament selbst erzeugt wurden, einsetzt. So nimmt er nicht selten an, daß diese neu aufgetretenen Störungen auch die ursprünglichen waren (59).

Es sei schließlich noch die häufig beschriebene Gefahr dieser Substanzen als potentielle Suicidmittel angesprochen. In suicidalen Absicht werden vor allem immer noch Hypnotika, neuerdings aber auch Psychopharmaka eingenommen (18). Dazu meint Laubenthal, daß eine Absicht zum Selbstmord durch den Besitz von Schlafmitteln erst nahegelegt werden kann, da vielfach eine andere Todesart verabscheut wird (46). Darüber hinaus ist bekannt, daß wiederum gerade süchtige Patienten zum Suicid neigen (4). Diese Tatsachen werden durch zahlreiche alarmierende Statistiken besonders in Bezug auf die Hypnotika belegt (14,18,20,32,46).

3. Verbreitung der Arzneimittelabhängigkeit

Wurde im vorangegangenen Abschnitt auf verschiedene Gefahren bestimmter Arzneimittelgruppen hingewiesen, so liegt deren Hauptgefahr doch zweifelsohne in ihrer ständig noch anwachsenden Verbreitung in den hochzivilisierten Ländern (13,31,45). So nennt Hegg die "Tablettensucht" geradezu die Suchtform unserer Zeit (27). Hoff nimmt an, daß die Arzneimittelschädigungen heute bereits zu den häufigsten Krankheitsursachen

gehören (30). Bei jedem unklaren Krankheitsbild mit einer unprofilierten Symptomatik sollte zuerst eine Medikamenten-intoxikation ausgeschlossen werden (12). So wie man sich früher bei einer Diagnosefindung stets die Möglichkeit des Vorliegens einer Lues vor Augen führen mußte, so muß dies heute im Hinblick auf eine Arzneimittelschädigung geschehen (12,22).

Dabei darf man nicht übersehen, daß medikamentenabhängige Patienten den Ärzten ja nur zu einem minimalen Prozentsatz bekannt werden. Die Dunkelziffer bei Arzneimittelabhängigkeit ist besonders groß (53,65). Auf Grund von klinischen Statistiken ist also keineswegs die tatsächliche Anzahl der Medikamentenmißbraucher zu ermitteln (29). Hegg folgert ebenfalls: "Bei der enormen Häufigkeit des Schmerzmittelmißbrauches ist nicht daran zu zweifeln, daß nur eine verschwindende Minderzahl aller Mißbraucher je einmal in eine psychiatrische Klinik zur Behandlung kommt" (27).

Einen klareren Eindruck von der tatsächlichen Verbreitung des Medikamentenmißbrauchs könnte man aber erhalten, wenn man Zahlen, die über Produktion und Umsatz von Arzneimitteln Aufschluß geben, heranzöge. Leider stehen uns im Hinblick auf den Arzneimittelmißbrauch in der Bundesrepublik keine umfassenden Angaben zur Verfügung, da von offizieller Seite aus keine zentrale Erfassung erfolgt (68). Daher müssen wir uns mit Angaben, die auf Grund von Untersuchungen in einem engeren Rahmen entstanden, begnügen.

So wurden 1964 die Verkaufsbücher von 58 Apotheken, denen etwa 365 000 Einwohner zugeordnet waren, hinsichtlich der Abgabe von Schmerz- und Schlafmitteln über einen Zeitraum von 3 Wochen kontrolliert. Dabei ergab sich, daß pro Tag 1800 bis 2000 Patienten mehr als 5 Tabletten besagter Mittel erhielten. Das bedeutet, daß mindestens jeder zweihundertste Einwohner täglich mehr als 5 Schmerz- oder Schlaftabletten, die übrigens zumeist auf ärztliches Rezept ausgegeben wurden, zu sich nahm (66).

Eindrucksvoll erscheint auch das Ergebnis einer Repräsentativumfrage von 2000 Befragten zwischen 16 und 70 Jahren, das in den Allensbacher Berichten vom November 1968 (3) veröffentlicht wurde. Es geht daraus hervor, daß 63% der Bevölkerung regelmäßig zu Pillen, Tabletten und Gesundheitselixieren greifen. Auf die Frage, ob in den letzten 14 Tagen eines von den auf einer Liste aufgeführten Medikamenten eingenommen worden sei, bejahten das für ein Kopfschmerzmittel 28%, 10% für ein Sedativum oder einen Tranquillizer, für ein Medikament gegen Ermüdbarkeit bzw. zur allgemeinen Anregung 10% und für ein Schlafmittel 9% der befragten Personen.

Moeschlin berichtet von einem Schweizer Dorf mit 5000 Einwohnern, an dessen Bewohner der Drogist täglich allein nur von dem Schmerzmittel Saridon 800 bis 1000 Tabletten verkaufte (10).

4. Ursachen für die Verbreitung

In Anbetracht einer solchen Verbreitung potentiell gefährlicher Medikamente liegt natürlich die Frage nahe, wie es zu dieser Entwicklung kommen konnte. Deshalb sei noch eine kurze Aufführung einiger wichtiger Gründe gestattet, bevor wir uns der in diesem Zusammenhang besonders interessanten Rolle des Mediziners zuwenden wollen. Es wird dadurch sicher auch eine objektivere Beurteilung seiner Bedeutung im Hinblick auf das Problem ermöglicht.

A) Einmal kommen alle Ursachen in Frage, die schon immer, unabhängig von der speziellen Situation unserer Zeit und unserer Zivilisationsstruktur für die Entwicklung einer Abhängigkeit zu Genußmitteln und Drogen verantwortlich waren. Faktoren, die hierher gehören, sind in einer unübersehbaren Vielzahl von Veröffentlichungen behandelt worden und auch jetzt noch viel diskutierter Gegenstand medizinisch-psychologischer und soziologischer Abhandlungen.

gen (hierzu nur einige Autorenangaben: 5, 10, 16, 17, 21, 22, 29, 33, 37, 44, 47, 53, 55). Es werden hierbei die Kindheitsentwicklungen, das soziale Milieu und einzelne für die Formung der Persönlichkeit bestimmende Schicksalsnoxen, vor allem aber die geistig-seelische Struktur des Individuums selbst untersucht. So wird, was die persönliche Struktur des Abhängigen angeht, häufig angeführt, es handle sich vornehmlich um Neurotiker und Psychopathen (8, 10, 15, 27). Daß solche Charaktere Abhängigkeitsentwicklungen begünstigen, ist ohne weiteres einzusehen, schon deshalb, weil Mißlichkeitssymptome wie etwa das der Schlaflosigkeit bei diesen Patienten häufig beobachtet werden (68). Darüber hinaus ist aber auch die Erträglichkeitsschwelle gegenüber der Unbill des Lebens stark herabgesetzt (31) und der psychisch kranke Patient in besonderem Maße veranlagt, durch einen Griff in die Tabletenschachtel Abhilfe zu schaffen. Diese Tatsache würde aber der großen Verbreitung des Arzneimittelmißbrauchs nicht gerecht, da somit für ihn nur ein kleiner Personenkreis repräsentant wäre. Gerade aber für den speziellen Fall einer Abhängigkeit von Pharmaka spielen eben

- B) Ätiologische Faktoren eine große Rolle, die jedermann gleichmäßig betreffen und nicht etwa eine besondere Persönlichkeitsstruktur oder besondere soziale Milieufaktoren zur Voraussetzung haben. Es sind dies vor allem:
 - a) Eine ständig wachsende Belastung durch das moderne Berufsleben: Den gestiegenen Anforderungen muß begegnet werden (31), indem die "Maschine Mensch entsprechend geschmiert werden muß", um immer einsatzbereit zu sein (8). Um sich fortwährend an der Hochleistungsgrenze bewegen zu können, wird schon fast gewohnheitsmäßig jeder kleinsten Mißlichkeitsempfindung mit einem großen Aufgebot an Medikamenten begegnet (30).

- b) Durch das anstrengende Berufsleben einerseits und die zahlreichen von der Unterhaltungs- und Vergnügungsindustrie gebotenen Möglichkeiten andererseits gestiegener Wunsch nach Lust, Gewinn und Befriedigung in Form intensivster Freizeitgestaltung (5,39): So kann einem optimalen Freizeit erleben, das natürlich genauso einen "top-fitten Menschen" wie ein strapaziöses Berufsleben voraussetzt, etwa bereits ein banaler Kopfschmerz erheblich Abbruch tun (8).
- c) Ein als Tendenz einer fortschreitenden Zivilisation erklärliches Bestreben des Menschen, Schmerz- und Mißbehagenssymptome überhaupt abzuschaffen: Die Zivilisation vermindert die Reizschwelle der Schmerzempfindung im Sinne einer zunehmenden Verweichlichung. Das natürliche Alarmsymptom "Schmerz" soll eliminiert werden (27). Der heutige Mensch ist nicht mehr geneigt zu dulden (31). Der Schmerz ist nicht mehr Schicksal, sondern Störung der perfektionierten Ordnung (8). So wird jede Beschwerlichkeit des Lebens sofort mit dem gesamten Rüstzeug der Therapie erstickt (7).
- d) Unterstützung dieser Tendenz durch die pharmazeutische **Industrie mit ihrem überreichen unermüdlich angepriesenen Angebot** entsprechender Produkte: Der Markt ist von Medikamenten, die speziell in diesem Zusammenhang interessieren, geradezu überschwemmt (5). So ist die pharmazeutische Industrie oft direkt zur "Bedürfnis-erweckungs-Anstalt" geworden, die diesbezügliche Wünsche beim Verbraucher erst entstehen läßt (7). Auf der Suche nach einer breiten Abnehmerzahl für ihre Produkte wird mittels suggestiver Werbung ein nicht zu unterschätzender Einfluß auf den Konsumenten genommen (8).
- e) Zu wenig kritische Erlasse des Gesetzgebers, der einen rezeptfreien Verkehr vieler dieser Arzneimittel ermöglicht und deren Verkauf zum Teil nicht einmal an Apotheken bindet (53,54)

- f) Zu ungewissenhafte, leichtfertige Indikationsstellung beim Einsatz betreffender Mittel von seiten des Arztes aber auch des Apothekers

Bei zusammenfassender Betrachtung dieser Faktoren leuchtet ein, daß an den unter A) und B) a)bis c) angesprochenen Tatsachen praktisch nichts zu ändern ist, auch nicht von seiten des Mediziners. Auch von der unter B) d) angeführten pharmazeutischen Industrie, die hauptsächlich von merkantilen Gesichtspunkten geleitet wird, dürfte kaum eine positive Einflußnahme im Hinblick auf eine gemäßigte Werbung und sinnvollere Beschränkung der Produktion entsprechender Arzneimittel erwartet werden. Vielmehr muß hier wie auch unter B) e) ausschließlich die Verantwortlichkeit des Staates angesprochen werden.

Immerhin scheinen sich bei uns positive Entwicklungen anzubahnen z.B. in Bezug auf die vom Gesundheitsministerium geforderte Einschränkung irreführender Arzneimittelwerbung. Weiter sind einige Arzneimittel, die früher in Apotheken ohne Rezept zu erhalten waren, inzwischen rezeptpflichtig geworden. Am Beispiel des lange Zeit frei verkäuflichen Naludar, eines vom Erzeuger ebenfalls als harmlos hingestellten Hypnotikums, das vielen Patienten seiner leichten Erreichbarkeit wegen als Grundlage eines Arzneimittelabusus diente, hat sich die Zweckmäßigkeit einer solchen Verfügung gezeigt. Darüber hinaus wird aber immer wieder eine generelle Rezeptpflicht für alle Schlafmittel gefordert (53,54). Auch der Verkauf vieler Analgetika und anderer Arzneimittel, die heute noch in Drogerien erhältlich sind, sollte grundsätzlich an Apotheken gebunden sein (26).

Der letzte Punkt B) f), der den Arzt bzw. auch den Apotheker hinsichtlich ihrer Verantwortlichkeit bei der Entstehung einer Arzneimittelabhängigkeit anspricht, soll im Rahmen dieser Arbeit besonders gewürdigt werden. Naturgemäß muß dem Arzt, der durch die Sprechstunde einen viel intensiveren Kontakt zum Patienten pflegen kann und der außerdem in erster

Linie für dessen Leitung zuständig ist, gegenüber dem Apotheker die entscheidendere Rolle zugebilligt werden. Daß aber trotzdem dem Pharmazeuten, der in diesem Zusammenhang in der Literatur kaum Beachtung findet, eine nicht zu vernachlässigende Bedeutung zukommt, wird auch die eigene Untersuchung zeigen.

5. Der Arzt bei der Entstehung der Medikamentenabhängigkeit

Trägt der Mediziner tatsächlich entscheidend an der Verbreitung und einem falschen Einsatz von Medikamenten bei, die eine Abhängigkeitsentwicklung zu diesen Arzneimitteln begünstigen? Summarisch kann diese Frage nach Studium entsprechender Veröffentlichungen von Verfassern, die sich ausführlich mit der Ätiologie der Medikamentenabhängigkeit beschäftigten, mit ja beantwortet werden (1, 2, 7, 8, 10, 11, 14, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 54, 58, 64, 66, 68, 69).

Die zusammenfassende Ansicht der meisten Autoren könnte etwa mit einem Satz, der einem medizinischen Artikel ohne Verfasserangabe entnommen ist, wiedergegeben werden: "Der Grundstock für einen Medikamentenabusus wird oft durch einen therapeutischen Mißbrauch des Arztes gelegt," (37). Viele Wissenschaftler sehen im Arzt sogar die entscheidende Quelle dieser ungünstigen Entwicklungen (64). So meint auch Berner, der Hauptweg für die Verbreitung von potentiellen Suchtmitteln führe über den Arzt (10). Laubenthal, der sich sehr ausführlich mit den Problemen von Abhängigkeit und Sucht befaßt hat, stellte bereits im Jahre 1951 eine viel gewissenhaftere und strengere Indikationsstellung bei der Verordnung von Hypnotika (es handelte sich zu dieser Zeit fast ausschließlich um Barbiturate) als die beste Prophylaxe gegen ein weiteres Überhandnehmen der Schlafmittelsucht heraus (46). Gerade für das Beispiel einer übermäßigen Verordnung von Barbituraten liegt eine eindrucksvolle Statistik vor: So wurden von 407 beliebig erfaßten Patienten aus London, die

verschiedenen ärztlichen Praxen zugeordnet waren, 58% bereits über ein Jahr lang regelmäßig mit Rezepten für Barbiturate versorgt. Es ließ sich daraus folgern, daß zum Zeitpunkt dieser Beobachtung mindestens 2% der Gesamtbevölkerung von London ständig unter Barbituraten standen (2).

Die Einteilung medikamentenabhängiger Patienten in drei Gruppen, wie sie Kennedy vorgenommen hat, basiert geradezu auf der Rolle des Arztes als ätiologischem Faktor. Dieser Autor unterscheidet:

1. Medikamentenabhängige Ärzte und ärztl. Personal
2. Patienten, die durch eine ärztl. Fehltherapie medikamentenabhängig wurden
3. Patienten, die durch alle nicht mit dem Arzt zusammenhängenden Faktoren medikamentenabhängig wurden

Der Arzt wird hier also in seiner Bedeutung als Urheber für eine Arzneimittelabhängigkeit der Bedeutung, die durch sämtliche andere Bedingungen gegeben ist, direkt gegenüber gestellt (38).

Wenn auch immer wieder Unwissenheit und Gleichgültigkeit als Ursachen für ein ärztliches Fehlverhalten angeführt werden, so wird doch ebenfalls erwähnt, daß einzelne Ärzte wissenschaftlich und sogar anscheinend in voller Absicht einen Patienten in eine Arzneimittelabhängigkeit hineinziehen oder eine solche bewußt unterhalten (41,58). Hierzu berichtet beispielsweise auch ein im eigenen Krankengut erfaßter Patient glaubhaft, daß ihn sein Hausarzt zusammen mit dem ortsansässigen Apotheker systematisch in eine starke Polamidonabhängigkeit hineinmanövriert hatten. Anläßlich eines Krankenhausbesuches (der Patient war im Rahmen einer Entziehungskur stationär aufgenommen) ermunterte besagter Arzt den Kranken: "Kommen Sie nur, sobald Sie draußen sind, ruhig wieder zu mir; für Sie habe ich immer etwas bereit." Dieses Versprechen wurde später auch prompt eingelöst.

6. Gründe für ein ärztliches Fehlverhalten beim Rezeptieren von potentiell abhängigkeiterzeugenden Medikamenten

In Anbetracht der Tatsache, daß man schlecht umhin kann, dem Arzt einen entscheidenden Anteil für die Entwicklung dieser für unsere Zeit so typischen Suchtform zuzubilligen, liegt die Frage nach den Motiven für sein Handeln nahe.

Die im folgenden Abschnitt dargelegten Gründe, die für sich allein oder zusammenwirkend ein falschesärztliches Handeln erklären sollen, mögen wiederum im Interesse einer objektiven Beurteilung angeführt werden.

- a) Unzureichende ärztliche Sachkenntnis (8, 10, 37, 46, 47, 66, 69): Ärztliche Ausbildung und Erfahrung haben mit der schnellen Entwicklung der durch den Medikamentenmißbrauch aufgetretenen Probleme nicht Schritt gehalten (69). Diese Feststellung trifft wahrscheinlich gerade für den älteren Arzt zu, der zwar eine größere Erfahrung besitzt, aber auf der anderen Seite während seiner Ausbildung so gut wie nichts über pharmakologische Reaktionsweisen erfahren hat. Der Arzt überblickt oft nicht die durch gefährliche Nebenwirkungen bedingten Reaktionsketten, die er durch seine Verordnung in Gang bringen kann (46). Es ist daher notwendig, daß er sich über diese Nebenwirkungen sowohl im psychischen wie auch im physischen Bereich bei der Handhabung seines Rezeptblocks wieder voll bewußt wird (66). Hier sei auch einmal im besonderen der Krankenhausarzt angesprochen, der dem postoperativen Patienten häufig zu großzügig und über einen zu langen Zeitraum stark wirksame Analgetika gestattet (47). Aber sogar bei Ärzten, denen wohl die Möglichkeit der Entstehung einer Abhängigkeit von Medikamenten bekannt ist, findet sich gelegentlich eine Bereitschaft, unbedenklich zu verordnen, da eine Arzneimittelabhängigkeit als Erkrankung in ihrer Schwere bei weitem unterschätzt wird. Eine Leichtfertigkeit ärztlichen Handelns bei der Rezeptierung zeigt sich

vor allem auch dann, wenn die Applikationsform weitgehend in das Ermessen des Patienten gestellt wird. So unterliegt auch die Dosierung der Entscheidung des Patienten (8).

- b) Falsche ärztliche Einstellung, dem Patienten gewohnheitsmäßig ein Rezept auszustellen, um sowohl für Arzt wie auch Patienten ein Gefühl zu erzeugen, es sei tatkräftig etwas unternommen worden (7, 8, 54): Der Pharmakologe Häusler verteilt die Rollen gleichermaßen auf Arzt und Patienten, wenn er dem Patienten mit der Angewohnheit, stets ein Medikament zu fordern, den Arzt mit der Angewohnheit, stets auch ein Medikament zu verordnen, gegenüberstellt (7). Eine derartige ärztliche Verhaltensweise entspringt einem häufig praktizierten "kritiklosen Wunschverschreiben", das immer wieder zum Ausgangspunkt einer Medikamentenabhängigkeit wird (54). Dieses "Wunschverschreiben" kann sich geradezu zu einer Verschreibungssucht steigern. Neben der Tablettensucht des Patienten steht die Verschreibungssucht des Arztes (7, 8).

- c) Zu wenig Widerstandskraft des Arztes gegenüber bestimmten Forderungen des Patienten (7, 17, 37, 38, 40, 61): In einer der Ärzteschaft zur Verfügung gestellten Broschüre "Gesundheitsprobleme in Prozenten" findet sich eine bemerkenswerte Statistik. Nach einem repräsentativen Befragungsergebnis kamen 25% aller Patienten mit bestimmten Wunschvorstellungen hinsichtlich der ihnen zu verschreibenden Medikamente in die Sprechstunde. In 92% der untersuchten Fälle war der Arzt bereit, dem Verlangen des Patienten nachzugeben (7). Der Arzt läßt sich somit die Zügel aus der Hand nehmen. Er allein muß aber seine Erfahrung und sein ärztliches Urteil für die Verschreibung eines bestimmten Arzneimittels zugrundelegen. Das ist oft vor allem dem Patienten gegenüber, der über die für ihn zweckmäßigen Therapiemaßnahmen seine eigenen festen Vorstellungen hat, nicht leicht. Aus dem "eingebildeten Kranken" ist heute mehr und mehr der "ausgebildete Kranke"

geworden, dessen Ansprüchen der Arzt nur mühsam gerecht wird (61). Besonders macht sich aber eine Nachgiebigkeit von seiten des Arztes für den Patienten dann nachteilig bemerkbar, wenn er auch bereit ist, die Forderungen nach ständig wachsenden Dosen zu erfüllen. Dieser Wunsch nach größeren Quantitäten ist ja bereits deutlicher Ausdruck einer sich einstellenden Gewöhnung (37).

- d) Durch Zeitmangel bedingte, rein symptomatische Therapie, die einer gewissenhaften Indikationsstellung entbehrt (8, 10, 11, 37, 38, 46): Der unter starkem Zeitdruck stehende Arzt von heute sieht sich oft nicht in der Lage, eine gründliche Anamnese zu erheben, um eine optimale Diagnosefindung betreiben und eine entsprechende Kausaltherapie einleiten zu können. Diese Tatsache wird erst recht bei einer Symptomatik offenbar, für deren Ausschaltung die hier interessierenden abhängigkeitsfördernden Medikamente zur Verfügung stehen; ganz auffallend trifft das aber dann zu, wenn der Patient ausschließlich wegen solcher unspezifischer, wenig richtungsweisender Allgemeinsymptome den Arzt aufsucht. Brooke berichtet in einem anderen Zusammenhang über 64 Suicidpatienten, von denen 90% allein wegen Schlaflosigkeit in die ärztliche Sprechstunde kamen (14). So ist aber gerade eine über einen langen Zeitraum bestehende quälende Schlaflosigkeit keine Krankheit, sondern nur Symptom einer tieferen Grundstörung im seelischen oder physischen Haushalt des Patienten (9, 68). Die Eruiierung dieser Grundstörung ist vielfach schwierig, zeitraubend und sollte in der Mehrzahl der Fälle am besten von einem Spezialisten durchgeführt werden. Es ist deshalb durchaus naheliegend, daß der ohnehin zumeist überlastete Praktiker, dem zudem ein entsprechender Aufwand von den Krankenkassen nicht vergolten würde, viel eher bereit ist, rein symptomatisch zu behandeln. Er "löst" das aktuelle Problem der Schlafstörungen kurzerhand medikamentös, ohne sich lange mit

einem in diesem Falle oft uneinsichtigen Patienten auseinanderzusetzen. Eine Kausaltherapie wird überhaupt nicht versucht (10).

Potentielle Suchtmittel, wie sie eben auch die Schlafmittel in vorzüglicher Weise darstellen, müßten ganz allgemein einer viel strengeren Indikationsstellung unterworfen werden (11, 38, 46). Die mangelnde Bereitschaft, dem Patienten die nötige Zeit zu widmen, wird auch dadurch offenbar, daß er, sofern ihm entsprechende Medikamente gestattet wurden, viel zu wenig unter der weiteren Beobachtung und Überwachung des Arztes steht (11, 38).

- e) Vom süchtigen Arzt ausgehende Gefahr gegenüber dem Patienten (10, 17, 28, 38, 47, 49, 52, 57): Obwohl die statistischen Aufzeichnungen, die über den Anteil des Mediziners an der Gesamtzahl medikamentenabhängiger Patienten Auskunft geben, differieren, ist leider die Tatsache, daß diese Berufsgruppe auf die Gesamtbevölkerung bezogen einen relativ sehr hohen Prozentsatz ausmacht, nicht zu leugnen. Modlin gibt an, daß nach verschiedenen diesbezüglichen Veröffentlichungen etwa 15% aller bekannten Süchtigen Ärzte seien (52). Das mag zutreffen, da die anderen vorgelegten Angaben sich auf eine Zahl von 10 bis 20% belaufen (17, 47, 57). Aber auch die Vertreter der anderen Heilberufe sind verhältnismäßig häufig medikamentenabhängig (17, 38). Mag in Anbetracht einer solch hohen Quote von Arzneimittelabhängigen unter der Ärzteschaft selbst berücksichtigt werden, daß der durchschnittliche Arzt unter Überarbeitung und Übermüdung zu leiden hat und zudem wegen der leichten Erreichbarkeit betreffender Medikamente einer ständigen Versuchung ausgesetzt ist (17, 52).

Der süchtige Arzt ist aber für den hilfesuchenden Patienten eine sehr große Gefahrenquelle (47), denn er hat sehr oft die Tendenz - und darin unterscheidet er sich nicht von anderen Süchtigen - den Patienten auf sein Niveau herabzuziehen und ihn in ein Abhängigkeitsverhältnis

zu bringen (10). Außerdem dürfte von einem unter Drogen stehenden Arzt, dessen Initiative und Widerstandskraft durch die eigene Unfreiheit herabgesetzt sind, nur schwerlich eine verantwortungsvolle Beratung und geeignete Leitung zu erwarten sein.

EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Methodik

Vorbemerkung

Alle Aussagen, die sich mit einer Urheberschaft des Arztes bei der Entstehung einer Arzneimittelabhängigkeit befassen, stützen vorwiegend in der Beobachtung und Erfahrung von Klinikern und Wissenschaftlern, die zum Teil im vorangegangenen Abschnitt zitiert wurden. Darüber hinaus liegen auch einzelne zu diesem Problem aussagende Ergebnisse vor, die aus statistischen Erhebungen gewonnen wurden. So bestimmte man etwa den Verbrauch spezieller Medikamentengruppen in einem gewissen zeitlich und örtlich begrenzten Rahmen an Hand von Apothekenbüchern oder die Verschreibungsmenge eines bestimmten Arzneimittels während eines festgelegten Zeitabschnittes aus einem Kreis ärztlicher Praxen oder ähnliches mehr.

Eine grundsätzliche Untersuchung, die chronologisch das Entstehen einer Medikamentenabhängigkeit unter fortlaufender Beobachtung des dabei direkt oder indirekt beteiligten Arztes bzw. auch Apothekers verfolgt, scheint aber bislang noch auszustehen. Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Exploration versucht diesen Zusammenhang rückblickend, d.h. durch eine genaue Befragung medikamentenabhängig gewordener Patienten zu durchleuchten. Mit Hilfe eines für dieses Vorhaben eigens ausgearbeiteten Fragebogens wurde die Untersuchung von entsprechenden Patienten vorgenommen.

1. Untersuchungsgut

Die für ein solches Vorhaben geeigneten Patienten mußten zwei Voraussetzungen erfüllen. Einmal sollten sie in starkem Maße von Medikamenten abhängig sein bzw., soweit sie zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Entziehungskur durchmachten oder eine

solche hinter sich gebracht hatten, in starkem Maße abhängig gewesen sein. Zum anderen mußten die intellektuelle Struktur und gesundheitliche Verfassung der befragten Personen die notwendige Qualifikation für eine solche Untersuchung aufweisen. Nicht vorausgesetzt wurde, daß die Erkrankung des jeweiligen Patienten ausschließlich durch eine Arzneimittelabhängigkeit bzw. -Sucht geprägt war. So fanden sich bei den Probanden nebenher häufig auch Abhängigkeiten von Genußmitteln oder auch von Rauschgiften. Krankheitsbilder anderer Genese, von denen Störungen im geistig-seelischen Bereich einen Hauptteil ausmachten, kamen ebenfalls vor.

Wenn oben darauf hingewiesen wurde, daß die in klinischen Anstalten aufgenommenen medikamentenabhängigen Kranken keineswegs für einen Schluß auf die Gesamtverbreitung von Arzneimittelabusus und -Sucht repräsentativ sind, darf es nicht verwundern, daß selbst in psychiatrischen Kliniken und Nervenkrankenhäusern keine imposante Patientenzahl aufzuspüren ist. Wie sehr diese Krankheit aber vor den Toren entsprechender Behandlungsstätten kursiert, wird auch daraus ersichtlich, daß es dem Veriasser nicht allzuviel Mühe bereitete, allein aus seinem eigenen Kontaktpersonen- und Bekanntenkreis binnen eines Jahres nicht weniger als 17 Patienten ausfindig zu machen, die selbst in Anbetracht ihrer teilweise sehr ausgeprägten Arzneimittelabhängigkeit nie unter ärztlicher Behandlung gestanden hatten. Mag die gesamte Fallzahl dieser Arbeit von 60 Patienten als klein erscheinen, so dürfte bei der Ausführlichkeit und dem Zeitaufwand, mit denen die Exploration oer Patienten durchgeführt wurde, und im Hinblick auf den zugrundeliegenden breit angelegten Untersuchungsbogen dennoch ein Ergebnis erwartet werden, das Anspruch auf eine Beurteilung des Problems erheben kann.

Ursprünglich wurden im Verlauf von 1 1/2 Jahren etwa 80 medikamentenabhängige Patienten in zwei öffentlichen und einer privaten Behandlungsstätte bzw. in ihrer Wohnung exploriert, von denen fünf bereits nach kurzer Kontaktaufnahme für eine

Befragung nicht geeignet erschienen, da sie auf den Untersucher einen unzuverlässigen Eindruck machten oder aber nicht bereit waren, über ihre Erkrankung Auskunft zu geben. Von den verbliebenen 75 untersuchten Personen wurden weitere 13 ausgeschieden, da von ihnen nur lückenhafte bzw. verworrene Angaben zu erhalten waren. Die entsprechenden Antwortbögen wurden deshalb nicht ausgewertet. Schließlich lagen brauchbare Ergebnisse von 33 Frauen und 29 Männern vor. Es lag nahe, wegen der ähnlichen Größenordnung der Anzahl untersuchter weiblicher und männlicher Personen eine für beide Geschlechter gleiche Fallzahl anzustreben. Nach nochmaliger Sichtung der von den weiblichen Patienten gemachten Aussagen wurden 3 eigentlich verwertbare Fragebögen, in denen am häufigsten zu den gestellten Fragen keine Angaben vorlagen, zur endgültigen Auswertung nicht herangezogen. Außerdem wurde noch ein männlicher Patient außerhalb der laufenden Untersuchungsreihe nachträglich exploriert. So standen für diese Arbeit folglich die Angaben von je 30 männlichen und 30 weiblichen Patienten zur Verfügung.

15 Frauen
9 Männer

Burghof-Klinik in Rinteln/Westf.

6 Frauen
10 Männer

Nervenkrankenhaus Haar/München

1 Frau
2 Männer

Max-Planck-Institut f. Psychiatrie/
München

8 Frauen
9 Männer

eigener Kontaktpersonenkreis

In der Burghof-Klinik in Rinteln, die unter der Leitung von Dr.med. W. Dogs steht, werden neurovegetative Störungen und psychosomatische Erkrankungen behandelt. Einen besonderen Platz nehmen dabei Schlafstörungen ein, die vorwiegend mit Hypnosen therapiert werden. Schlaflosigkeit und Unruhezustände waren bei den 24 in Rinteln untersuchten Patienten auch die vorherrschenden Symptome. Diese Kranken nahmen wegen dieser Störungen, bevor sie in der Burghof-Klinik zur Aufnahme kamen, oft schon über Jahre Ummengen von Hypnotika, Sedativa und

anderen Psychopharmaka zu sich, ohne einen nachhaltigen Erfolg erzielt zu haben. Eine Abhängigkeit von derartigen Arzneimitteln - ja, überhaupt von Medikamenten - wird, wie durch statistische Angaben belegt ist (2, 5, 39, 53, 66), häufiger bei Frauen als bei Männern gefunden. In etwa wird diese Tatsache auch durch das geschlechtliche Zahlenverhältnis der während der 2-wöchigen Untersuchungsperiode anwesenden Patienten belegt (siehe oben), die für diese Exploration geeignet waren.

Anders liegen die Verhältnisse im Nervenkrankenhaus Haar. Es findet sich in dieser Heilstätte keine eigene Abteilung für medikamentensüchtige Patienten. Lediglich eine größere geschlossene Männerabteilung und eine entsprechende Rehabilitationsstation stehen für Suchtkranke zur Verfügung, auf denen allerdings meist Alkoholiker behandelt werden. Jedoch liegt bei diesen Alkoholabusus betreibenden Patienten häufig zusätzlich eine Abhängigkeit von Medikamenten vor, und gelegentlich werden in Ermangelung einer spezifischen Behandlungsstation auch reine "Medikamentenmißbraucher" auf der Alkoholikerabteilung aufgenommen. Arznei- und genußmittel-süchtige weibliche Patienten kommen in dieser Krankenanstalt nur sporadisch auf den verschiedenen Stationen zur Aufnahme. Dieser Umstand mag die Tatsache erklären, daß der Untersucher entgegen den Erwartungen mehr männliche als weibliche Suchtkranke antraf. Zumeist bildeten Stimulantien und Weckmittel den Grundstock ihres Abusus (s. oben).

Die drei am Max-Planck-Institut untersuchten Patienten waren ausschließlich wegen einer ausgeprägten Medikamentenabhängigkeit stationär aufgenommen worden. Bei ihnen waren übrigens im Hinblick auf das Thema besonders eindrucksvolle Angaben zu erhalten.

Was die Personen aus dem eigenen Bekanntenkreis betrifft, so handelt es sich hierbei im speziellen Fall um eine Gruppe (2 Männer, 2 Frauen) von Tablettenusern, die unter anderem auch Rauschgift zu sich nehmen. Die übrigen Personen aus

diesem Patientenkreis waren etwa in gleichem Maße von Stimulantien, Sedativa und Hypnotika abhängig.

2. Untersuchungsbogen

Der oben erwähnte Untersuchungsbogen ist aus Gründen der Anschaulichkeit und zur besseren Information des Lesers im Anhang in voller Länge abgedruckt. Er gliedert sich in drei Hauptabschnitte. Die Teile A und C sind für die hier zu erörternde Problematik nur am Rande von Bedeutung, da sie nicht auf die Rolle des Arztes bzw. Apothekers eingehen. Sie befassen sich einmal mit Milieu- und Schicksalsfaktoren, die für den medikamentenabhängig gewordenen Patienten als vorbelastende Ausgangssituation für seine ungünstige Entwicklung bestanden haben könnten (Teil A, 1 mit 40), zum anderen mit der Beurteilung seines Charakters (Teil C, 85 mit 92). Dennoch wurde auf die Vorstellung dieser Abschnitte des Untersuchungsbogens nicht verzichtet, da der Leser so besser imstande ist, ein richtiges Bild von der Art und Weise zu erhalten, mit welcher der Untersucher sich mit der Person des Patienten auseinandersetzte. Die hierbei in Erfahrung gebrachten Angaben sind teilweise zweifelsohne sehr beeindruckend, aber für eine Auswertung noch nicht geeignet, da eine hierfür notwendige Untersuchung einer Kontrollgruppe von nicht medikamentenabhängigen Patienten bislang aussteht.

Den spezifischen Abschnitt bildet der Mittelteil, der sich ausführlich mit der Themastellung befaßt (Teil B, 41 mit 84). Da die Art der Fragestellung eine Beantwortung durch arzneimittelabhängige Patienten voraussetzt, erübrigt sich eine Kontrolluntersuchung. Zunächst wird in diesem Kernteil erfaßt, welche Medikamente im einzelnen überhaupt und in welcher Weise sie verwendet wurden (Teil B I, 41 mit 47). Der folgende Unterabschnitt (Teil B II, 48 mit 73) ist für diese Arbeit der wichtigste. Es wurde hierin versucht, durch die Art und durch die in einem logischen Zusammenhang stehende Reihenfolge der Fragen das Hineingleiten des Patienten in

eine Abhängigkeit unter dem Gesichtspunkt der Verantwortlichkeit von Arzt und Apotheker verfolgen zu können. Um ein abgerundetes Bild von der hier zu klärenden Funktion des Mediziners und des Pharmazeuten zu erhalten, wurde noch ein weiterer Unterabschnitt (Teil B III, 74 mit 84) angefügt. Seine Fragen befassen sich mit der Unterstützung des Medikamentenabusus durch die Vertreter beider genannter Berufsgruppen unter der Voraussetzung, daß diesen ein solcher bekannt war.

Die Numerierung der Fragen ist aus Übersichtsgründen bei der tabellarischen Zusammenstellung der Befragungsergebnisse durchlaufend ohne Rücksicht auf die eben besprochene thematische Einteilung vorgenommen worden. Der bei den Antwortmöglichkeiten einer Frage zuoberst häufig angeführte Begriff "nicht zutreffend" war für die Beantwortung dann zu wählen, wenn auf den jeweiligen Patienten die dazugehörige Fragestellung nicht angewendet werden konnte. War zu einer Frage keine eindeutige oder überhaupt keine Antwort zu erhalten, so ist der bei den Antwortmöglichkeiten zuunterst stehende Begriff "keine Angaben" vorgesehen.

Weitere Ausführungen erübrigen sich, da einmal dem Leser durch den Abdruck des Untersuchungsbogens die Möglichkeit gegeben ist, sich über diesen selbst ein Urteil bilden zu können, zum anderen bei der folgenden Darlegung und Besprechung der Ergebnisse noch einmal auf den hier zur Diskussion stehenden Teil B näher eingegangen wird.

3. Durchführung der Exploration

Untersuchungsergebnisse, die auf Grund einer derartigen Befragung an Hand eines vorgefertigten Fragebogens zustandekommen, sind naturgemäß auf ihren Wahrheitsgehalt hin sehr kritisch zu betrachten. Gerade für diese diffizile Thematik werden an das Beurteilungsvermögen und die Intelligenz des Patienten einige Anforderungen gestellt. Zudem ist ein einigermaßen gutes Erinnerungsvermögen des Kranken Voraussetzung, zumal wenn die durch die Befragung angesprochenen Abläufe

schon einige Zeit zurückliegen. Weiterhin besteht für die Erlangung objektiver Ergebnisse auch von seiten des Untersuchers Gefahr, wenn er bei der Exploration zu schematisch vorgeht oder durch suggestive Fragen Einfluß auf die zu erwartende Antwort nimmt. Um dem begegnen zu können und eine relevante Aussage zu erhalten, wurde wie folgt verfahren:

- a) Die bearbeiteten Untersuchungsbögen von Patienten, deren Gedächtnis hinsichtlich der Befragung zu große Lücken aufwies oder deren Antworten auf ein mangelndes Verständnis für den Gang der Untersuchung schließen ließen und die somit zu einer qualifizierten Aussage nicht fähig waren, wurden bei der Bewertung nicht berücksichtigt.
- b) Der Untersucher vermied ein schematisches Vorgehen weitgehend dadurch, daß er mit dem Patienten dessen Problematik sehr ausgiebig besprach, jedoch immer wieder gezielte Fragen in die Unterredung einstreute. In keinem Falle wurde der Testbogen dem Patienten selbst zur Einsicht geschweige denn zur Beantwortung überlassen.
- c) Im allgemeinen wurden die Patienten zweimal, in einigen Fällen sogar häufiger besucht. Das hatte den Vorteil, daß bei der ersten Exploration gelegentlich übersehene Fragen nachgeholt werden konnten. Außerdem hatte der Patient, durch die erste Auseinandersetzung angeregt, bis zum nächsten Zusammentreffen mit dem Untersucher über sein Problem zumeist nachgedacht. So konnten nach einem mehr-tägigen Intervall bis zur Fortführung der Befragung nicht selten anfängliche Erinnerungslücken geschlossen und frühere Angaben präzisiert und vervollständigt werden.
- d) Erfragte Einzelfaktoren, die dennoch nicht erinnerlich waren oder über die keine eindeutigen Angaben gemacht werden konnten, blieben für die Auswertung unberücksichtigt, indem für sie die in den Antwortkomplexen des Bogens geführte Rubrik "keine Angaben" gewählt wurde. Ebenso wurde mit zu verschiedenen Fragestellungen gemachten Angaben verfahren, wenn diese in ihrem logischen

Zusammenhang eine Diskrepanz aufwiesen, die nicht geklärt werden konnte.

- e) Der Zeitaufwand, der der Untersuchung eines jeden Patienten gewidmet wurde, belief sich durchschnittlich auf etwa 4 Stunden.

Bei den zuerst explorierten Patienten wurden im Interesse einer Vervollständigung der Angaben zur vorliegenden Problematik zusätzlich nahestehende Angehörige befragt. Es zeigte sich aber bald, daß diese, selbst wenn sie mit dem Patienten zusammenlebten, oft nicht in der Lage waren, befriedigende Angaben zu machen. Diese Tatsache ist verständlich, denn der Medikamentenabhängige läßt seine Angehörigen über seine Person und Absichten meist weitgehend im unklaren. Furcht vor Diskriminierung innerhalb der Familie oder Angst vor Vorhaltungen und auferlegten Einschränkungen aber auch Angst, auf Unverständnis zu stoßen, könnten Beweggründe für ein solches Verhalten sein. Diese Befragungsmethodik wurde deshalb bald wieder aufgegeben und die dadurch gewonnene Zeit der Exploration des Patienten selbst gewidmet.

Nicht selten wird behauptet, süchtige Patienten seien unwahrhaftige Personen, die gerade bezüglich ihrer Sucht dazu neigen, falsche Angaben zu machen (38, 45, 59). Oft bleibt ihnen aber gar nichts anderes übrig, als sich mit kleinen oder größeren Schwindeleien zu behelfen, wenn es darum geht, vor Freunden und Berufskollegen das Ansehen ihrer Persönlichkeit zu wahren oder wenn sie bei der Beschaffung der benötigten Medikamente bei Arzt und Apotheker auf Schwierigkeiten stoßen. Aus der Erfahrung des Verfassers kann jedoch geschlossen werden, daß diese Kranken, sofern erst einmal ihr Vertrauen gewonnen ist, einer neutralen Person gegenüber bereitwillig und offen über ihren Abusus Auskunft geben - und der Explorator, von dem die Kranken keinerlei Vorwürfe und sonstige unliebsame Maßnahmen zu erwarten haben, kann durchaus eine solche Neutralperson sein.

Das angestrebte Vertrauensverhältnis wird aber am sichersten dann hergestellt, wenn diese Person auch bereit ist, für den Patienten, der in besonderer Weise - zumal während eines Aufenthaltes im Nervenkrankenhaus - seelisch belastet ist, viel Zeit aufzubringen. Diese muß so bemessen sein, daß dem Kranken auch die Möglichkeit gegeben wird, sich über Dinge, die ihn bedrücken und bewegen, auszusprechen, auch wenn diese nicht immer dem Fortgang der Untersuchung dienen. Es braucht demnach keine Verfälschung des Ergebnisses aus Gründen einer Unwahrhaftigkeit der Untersuchten befürchtet zu werden. Deren weitgehende Offenheit fand unter anderem auch darin ihren Ausdruck, daß häufig Gedanken und Tatsachen zugegeben wurden, die ein nachteiliges Licht auf die betreffende Person warfen.

4. Auswertung

Die im nachfolgenden Abschnitt dieser Arbeit aufgeführten Ergebnistabellen kamen wie folgt zustande:

Die von den Patienten erhaltenen Daten wurden an Hand aller Fragen des Untersuchungsbogens durchgesehen. Von den jeweils bei einer Frage stehenden Antwortmöglichkeiten wurde dann diejenige markiert, welche ihrem Sinngehalt nach den Angaben des Kranken zur betreffenden Frage entsprach. Aus den so behandelten Bögen wurden die jeweils zu den Fragen und Antworten gehörenden Schlüsselzahlen in zwei große Auswertungstabellen, je eine für die männlichen und für die weiblichen Patienten, übertragen. Die den Fragen entsprechenden Schlüsselzahlen bilden die fortlaufenden Nummern (für Teil B, 41 bis 84), die den Antworten entsprechenden die vor diesen stehenden Ziffern (0 bis 9). Durch die Auszählung dieser beiden Übersichtstabellen konnte die Anzahl der zu den einzelnen Fragen abgegebenen gleichen Antworten ermittelt werden.

In das nunmehr für jede einzelne Fragestellung noch anzulegende Ergebnisschema mußte der Zahlenschlüssel durch die entsprechenden Textinhalte ersetzt werden. Die in diesen Endta-

bellenden enthaltenen Ergebnisse beziehen sich einmal auf die gesamte Fallzahl und zum anderen auf die beiden Geschlechter.

Ergebnisse und Diskussion

Vorbemerkung

Die nachfolgend abgedruckten Ergebnistabellen sind in gleicher Reihenfolge wie die Fragen des Untersuchungsbogens (Teil B, 41 mit 84) aufgezeichnet. Diese etwas schematische Darstellung der Ergebnisse wurde gewählt, da bei der relativ großen Anzahl von Tabellen so am besten eine Übersicht gewährleistet ist. Außerdem wurde, wie bereits erwähnt, im umfangreichsten Abschnitt des hier zu besprechenden Untersuchungsteils (Teil B II) versucht, die Folge der Fragen dem chronologischen Ablauf einer sich entwickelnden Medikamentenabhängigkeit anzupassen. Dieser Vorteil kommt somit auch der Ergebnisdarstellung zugute. Nach der in dieser Weise vorgenommenen tabellarischen Aufstellung folgt jeweils hinter sinngemäß zusammenhängenden Ergebniskomplexen (I, II, III) eine zusammenfassende Betrachtung. Wenn diese auf einige Tabellen nicht im einzelnen eingeht, so deshalb, weil diese wegen der minderen Bedeutung ihrer Aussage einer besonderen Erwähnung nicht bedürfen. Dennoch wurde im Interesse einer vollständigen Darstellung des Untersuchungsergebnisses auf ihre Aufführung nicht verzichtet.

Die Fragen des Untersuchungsbogens wurden zur leichteren Orientierung des Lesers noch einmal in voller Textlänge über den Ergebnistabellen aufgeführt. Da mehrere Untersuchungspunkte mittels der Fragennummern und Antwortziffern auf Vorfragen Bezug nehmen, wurden diese ebenfalls bei der Darstellung der Ergebnisse vom Untersuchungsbogen übernommen.

I. Art der Medikation und Modus des Mißbrauchs bzw. der Sucht

Nur am Rande des Themas, aber noch im Rahmen des Medikamentenproblems interessant sind die hier an erster Stelle aufgeführten Daten, die am Anfang der Untersuchung erhoben wurden. Hierzu folgt zunächst die Zusammenstellung aller von den Patienten mißbrauchten Arzneien, die in Erfahrung zu bringen waren. Da sie wegen der zu erwartenden Vielzahl von Angaben in die üblichen Antwortschemen (0 bis 9) nicht zu fassen waren, wurde ihre Aufstellung im Ergebnisteil analog dem Fragebogen dem übrigen Komplex B (Tabelle 1 bis 44 bzw. Fragen 41 bis 84) vorangestellt.

Tabelle A

<u>HYPNOTIKA</u>		Su. Männer	Su. Frauen	Su. M+F	Su. A+E	Su. ges.	Su. A+E M	Su. A+E F
Dormopan	Anfang	1	2	3	5			
	Ende	1	1	2				
Luminal	A		1	1				
	E		3	3	4			
Medinal	A		1	1				
	E	1	1	2	3			
Medomin	A	2	3	5	10	27		
	E	2	3	5				
Neodorm	A		1	1	1			
	E			0				
Phanodorm	A		1	1				
	E		2	2	3			
Prominal	A			0				
	E		1	1	1			
Adalin	A	3	1	4		78	26	52
	E	1	1	2	6			
Bromural	A		1	1				
	E	1	1	2	3			
Contergan	A	1		1				
	E	1	1	2	3			
Doriden	A		2	2				
	E			0	2			
Halbmond-Tabl.	A			0		51		
	E		3	3	3			
Mogadan	A			0				
	E		4	4	4			
Noludar	A	1	2	3		22		
	E	7	12	19				
Revonol retard	A		1	1				
	E	2		2	3			
Sekundal	A	1	2	3		5		
	E	1	1	2				

Tabelle B

<u>ATARAKTIKA</u>		Su. Männer	Su. Frauen	Su. M+F	Su. A+E	Su. ges.	Su. A+E M	Su. A+E F
Abasin	A	1		1				
	E	1		1	2			
Adumbran	A	2	1	3				
	E	3	2	5	8			
Librium	A	2	3	5				
	E	2	5	7	12			
Miltam	A		1	1				
	E			0	1			
Noveril	A	1	1	2				
	E			0	2			
Omca	A		2	2				
	E			0	2	53	21	32
Sedapen	A			0				
	E	1	3	4	4			
Tenerval	A			0				
	E		1	1	1			
Truxal	A	1		1				
	E	2		2	3			
Valium	A		3	3				
	E	5	10	15	18			

Tabelle C

WECKMITTEL

Benzedrin	A	2		2				
	E		1	1	3			
Captagon	A	3	1	4				
	E	7	2	9	13			
Pervitin	A	1		1				
	E	2	2	4	5	39	28	11
Preludin	A	1	3	4				
	E	10	2	12	16			
Tofranil	A	1		1				
	E	1		1	2			

Tabelle D

<u>SCHMERZMITTEL UND OPIATE</u>		Su. Männer	Su. Frauen	Su. M+F	Su. A+E	Su. ges.	Su. A+E M	Su. A+E F
Dicodid	A			0	1			
	E		1	1				
Dromoran	A			0	2			
	E	1	1	2				
Gelonida	A	1		1	3			
	E	2		2				
Lonarid	A		1	1	3			
	E	1	1	2				
Optalidon	A	3	1	4	8	27	17	10
	E	3	1	4				
Paracodin	A	1	1	2	4			
	E	1	1	2				
Polamidon	A	1		1	1			
	E			0				
Spalt-Tabl.	A		1	1	1			
	E			0				
Thomapyrin	A		1	1	2			
	E	1		1				
Treupel	A	1		1	2			
	E	1		1				

Erklärung zu den Tabellen A, B, C und D

An die Patienten wurde die Frage gestellt, von welchem bzw. von welchen Medikamenten ihre Abhängigkeit ausging und welches bzw. welche Mittel sie zuletzt eingenommen hatten. Dementsprechend wurde zu jedem in diesen Tabellen aufgeführten Medikament eine Unterteilung, in horizontaler Achse zu lesen, in A und E (A ist Anfangs-, E ist Endmedikament) vorgenommen. Aus den ersten drei vertikalen Zahlenspalten ist ersichtlich, wie oft betreffendes Medikament von männlichen, von weiblichen und von Patienten beider Geschlechter zusammen, als Anfangs- bzw. Endmedikament genannt wurde. Die folgende Spalte in der nächsten Rubrik gibt die Menge der Gesamtnennungen des jeweiligen Arzneimittels an. Dann folgt die Summe aller zu einer Gruppe gehörenden Medikamente, wobei im besonderen Falle der Hypnotika noch eine Aufgliederung in Barbiturate und Nichtbarbiturate vorgenommen wurde. Die jeweils in den letzten beiden Spalten stehende Zahl gibt an, wie oft insgesamt von Männern bzw. von

Frauen die zu einer Gruppe gehörenden Medikamente genannt wurden.

Tabelle 1

			Abhängigkeitsform von (41)		
♂	♀	Σ♂♀			
10	18	28	Medikamenten		1
8	6	14	"	und Nikotin	2
7	4	11	"	und Alkohol	3
1	1	2	"	und Rauschgift	4
3	1	4	"	und Nikotin und Alkohol	5
0	0	0	"	und Nikotin und Rauschgift	6
1	0	1	"	und Alkohol und Rauschgift	7
0	0	0	"	und Nikotin und Alkohol	8
				und Rauschgift	9
0	0	0	keine Angaben		

Tabelle 2

			Medikamentengruppen (42)		
♂	♀	Σ♂♀			
3	5	8	Vorwiegend	Schlafmittel	1
2	1	3	"	nicht opiat-artige Schmerzmittel	2
2	1	3	"	Opiate mit Derivaten	3
3	0	3	"	Ataraktika	4
3	0	3	"	Weckmittel	5
0	1	1	"	Schlafmittel und Schmerzmittel	
				oder Opiate	6
6	16	22	"	" und Ataraktika	7
10	6	16	"	" und Weckmittel	8
1	0	1	keine Angaben		9

Tabelle 3

			Mißbrauchbeginn mit (43)	
♂	♀	Σ♂♀		
10	15	25	Schlafmitteln	1
3	2	5	nicht opiat-artigen Schmerzmitteln	2
2	0	2	Opiaten oder Derivaten	3
5	7	12	Ataraktika	4
7	2	9	Weckmitteln	5
1	3	4	Kombination mit Schlafmitteln	6
2	1	3	keine Angaben	9

Tabelle 4

			Maximaldosen über einen kontinuierlichen Zeitraum (mindestens 1 Monat) - (44)	
♂	♀	Σ♂♀		
0	0	0	1fache Tagesdosis	1
3	10	13	etwa 2 bis 3fache Tagesdosis	2
13	11	24	bis zu etwa 5facher Tagesdosis	3
12	8	20	bis zu etwa 10facher Tagesdosis	4
1	0	1	sicher über 10fache Tagesdosis	5
1	1	2	keine Angaben	9

(Unter der Maximaldosis wird bei den Schlafmitteln die größte Einzeldosis, bei den übrigen Medikamentengruppen die größte Tagesdosis verstanden. Die von den Patienten pro Tag eingenommene Zahl der Tabletten wurde an Hand der Roten Liste mit den dort aufgeführten Maximaldosen verglichen. So konnten vorgeschriebene und vom Patienten eingenommene Maximaldosen in ein Verhältnis gesetzt werden.)

Tabelle 5

			Gesamtdauer des Abusus vom Beginn an bis zu dessen 1. Behandlung bzw., sofern eine solche nicht erfolgte, bis zu dieser Untersuchung (45)	
♂	♀	Σ♂♀		
2	6	8	bis 1 Jahr	1
10	15	25	über 1 Jahr bis 2 Jahre	2
14	6	20	über 2 Jahre bis 5 Jahre	3
3	0	3	über 5 Jahre bis 10 Jahre	4
1	2	3	über 10 Jahre	5
0	1	1	Keine Angaben	9

Tabelle 6

Längstes medikamentenfreies bzw. nicht über die Einnahme einer normalen Dosis hinausgehendes Intervall während der Zeit der Medikamentenabhängigkeit (46)

♂	♀	Σ ♂♀		
10	17	27	keines	0
9	6	15	bis 3 Monate	1
4	4	8	über 3 Monate bis 6 Monate	2
1	1	2	über 6 Monate bis 1 Jahr	3
1	0	1	über 1 Jahr	4
5	2	7	keine Angaben	9

Tabelle 7

Alter des Patienten bei 1. Kontakt mit dem bzw. den Medikamenten durch das bzw. die der Abusus seinen Ausgang nahm (47)

♂	♀	Σ ♂♀		
0	0	0	unter 21 Jahren	1
8	3	11	21 bis 25 Jahre	2
6	4	10	26 bis 30 Jahre	3
4	4	8	31 bis 35 Jahre	4
3	1	4	36 bis 40 Jahre	5
4	6	10	41 bis 50 Jahre	6
4	7	11	51 bis 60 Jahre	7
1	5	6	über 60 Jahre	8
0	0	0	keine Angaben	9

Bemerkungen zum I. Ergebnisteil

Auch wenn die Tabellen A bis D keine exakte Aufstellung verwendeter Medikamente wiedergeben, da in einigen Fällen nicht alle Arzneimittel namentlich erinnerlich waren, zumal wenn es sich um die zu Beginn des Abusus eingenommenen handelt, so zeigt sich hinsichtlich der Wahl der Mittel dennoch eine klare Tendenz. Hypnotika und Ataraktika werden mit 78 bzw. 53 Nennungen am häufigsten angegeben (Tab. A, B). An erster Stelle stehen Noludar und Medomin bzw. Valium und Librium.

Die Tatsache, daß Noludar mit 22 Nennungen überhaupt an der Spitze aller aufgeführten Medikamente liegt, mag sich aus der

Freiverkäuflichkeit dieses Schlafmittels im Zeitraum der beschriebenen Medikamentenabhängigkeiten erklären. Auf den Sinn der Einführung einer generellen Rezeptpflicht für derartige Arzneimittel, im besonderen Fall auch für das Noludar, wurde ja bereits früher hingewiesen.

Überraschend ist vielleicht die relativ hohe Nennzahl dreier Medikamente, die Arzneimittelgruppen zugehören, die ansonsten deutlich hinter den beiden vorgenannten zurückstehen. Es handelt sich hierbei unter den Weckmitteln um das Preludin und Captagon und unter den Schmerzmitteln um das Optalidon (Tabelle C, D). Daß gerade das Optalidon unter den Analgetika am häufigsten genannt wurde, verwundert, da diesem Analgetikum ja immer wieder besonders wenig negative Nebenwirkungen, auch im Hinblick auf die Möglichkeit der Ausbildung einer Medikamentenabhängigkeit, nachgesagt werden.

Beim Vergleich der Tabellen A bis D fällt ein nicht zu übersehender Unterschied in Bezug auf die Geschlechter auf: Frauen scheinen Schlaf- und Beruhigungsmittel häufiger als Männer zu benutzen, Weck- und Schmerzmittel dagegen sind wohl bei den letztgenannten mehr in Mode.

Die insgesamt herausragende Bedeutung der Hypnotika wird auch daraus ersichtlich, daß fast in der Hälfte aller Fälle angegeben wurde, der Abusus habe seinen Ausgang von Schlafmitteln genommen (Tabelle 3, siehe auch Tabelle 2).

Sofern neben einer Medikamentenabhängigkeit auch eine Abhängigkeit von Genußmitteln bestand, was vor allem für die im NKH Haar besuchten Patienten zutraf, spielten naheliegenderweise Nikotin und Alkohol eine bevorzugte Rolle. Allerdings wurde nahezu von der Hälfte der Mißbraucher nur ein Abusus mit Pharmaka betrieben (Tabelle 1).

Wenn früher bereits darauf hingewiesen wurde, daß die Medikamentenabhängigkeit eine Krankheit darstellt, die nur selten oder überhaupt nicht behandelt wird, so mag das auch daraus hervorgehen, daß zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Erkrankung auf Grund mißbräuchlicher Anwendung von Arzneimitteln

bei einem Drittel der Explorierten schon rund 2 Jahre, bei einem weiteren Drittel sogar schon bis zu 5 Jahren bestanden hatte (Tabelle 5).

Abschließend soll noch ein Blick auf das Alter des Patienten bei Abususbeginn geworfen werden. Es scheint in dieser Hinsicht zwischen den Geschlechtern ein ebenso signifikanter Unterschied wie bei der Wahl der Medikamente zu bestehen. Bei den männlichen Patienten fiel dieser Zeitpunkt zumeist in ein relativ jugendliches, bei den weiblichen dagegen häufiger in ein mittleres und sogar höheres Alter (Tabelle 7).

II. Vermittlungsart der Medikamente durch Arzt bzw. Apotheker

Tabelle 8

			Erster Kontakt mit Medikament bzw. Medikamentengruppe, von dem bzw. von der die Entstehung des Abusus ausging, vermittelt durch (48)	
♂	♀	Σ♂♀		
20	22	42	Arzt	1
5	1	6	Apotheker	2
0	0	0	ärztliches Personal	3
2	5	7	nicht medizinale Personen	4
0	0	0	Werbung	5
3	2	5	Eigeninitiative	6
0	0	0	andere Art	7
0	0	0	Kombin. aus 3 bis 7 unter Beteilig. von 1 oder 2	8
0	0	0	keine Angaben	9

(Der Begriff "Erster Kontakt" setzt den Zeitpunkt der Anwendung eines bestimmten Medikaments fest, von dem der Abusus ausging; es wird aber nicht vorausgesetzt, daß der Patient vor diesem Zeitpunkt nicht schon einmal rein zufällig oder sporadisch betreffendes Medikament eingenommen hatte.)

Tabelle 9

Rolle der potentiell suchterzeugenden Arznei,
auf deren Grundlage sich ein Abusus entwickelte,
bei der ärztlichen Therapie (49)

♂	♀	Σ		
10	8	18	nicht zutreffend	0
10	10	20	Suchtmittel war Hauptverordnung	1
10	12	22	" " Adjuvans	2
0	0	0	" " Korrigens einer durch ein anderes verordnetes Medik.	3
			bedingten Nebenwirkung	
0	0	0	keine Angaben	9

Tabelle 10

Reaktion des Patienten bei der 1. ärztl. Ver-
oranung bzw. der 1. Empfehlung durch den
Apotheker (50)

♂	♀	Σ		
5	7	12	nicht zutreffend	0
0	1	1	negative Haltung gegenüber derartigen Mit- teln, da Pat. genau deren Gefahr kannte	1
0	2	2	" " gegenüber Mittel, da Pat. generell gegen der- artige Medik. eingestellt war	2
0	0	0	" " gegenüber Mittel, da Pat. mit diesem oder ähnlichen Mitteln bereits erfolglos ge- wesen war	3
7	9	16	keine besondere Reaktion	4
16	8	24	Pat. erwartungsvoll in Bezug auf Medi- kation	5
2	3	5	keine Angaben	9

Tabelle 11

Modus der 1. ärztl. Verordnung in Bezug auf die Anwendungsdauer (51)

σ	φ	$\Sigma \sigma \varphi$		
7	8	15	nicht zutreffend	0
0	1	1	einmalige Einzelverordnung	1
0	0	0	bis zu 3 Tagen	2
0	0	0	bis zu 1 Woche	3
4	8	12	bis zu 2 Wochen	4
4	4	8	bis zu 4 Wochen	5
1	1	2	länger als 4 Wochen	6
2	1	3	nur bei Bedarf gelegentlich anzuwenden	7
1	0	1	bei Bedarf regelmäßig anzuwenden	8
11	7	18	keine Angaben	9

Tabelle 12

Quantum, das vom Apotheker, der dem Pat. Medik. empfahl, erstmalig an diesen abgegeben wurde (in Bezug auf die Möglichkeit der Anwendungsdauer) (52)

σ	φ	$\Sigma \sigma \varphi$		
25	28	53	nicht zutreffend	0
1	2	3	Handelspackung	1
0	0	0	mehrere Handelspackungen	2
0	0	0	Klinikpackung	3
4	0	4	keine Angaben	9

Tabelle 13

Ärztliche Aufklärung bei erster Verordnung (53)

σ	φ	$\Sigma \sigma \varphi$		
10	8	18	nicht zutreffend	0
8	13	21	keine	1
9	5	14	über therapeutisches Ziel der Medikation	2
3	2	5	2 und eventuelle Nebenwirkungen (Gewöhnung)	3
0	2	2	keine Angaben	9

Tabelle 14

Aufklärung von seiten des empfehlenden Apothekers bei 1. Abgabe (54)

♂	♀	Σ♂♀		
25	28	53	nicht zutreffend	0
2	0	2	keine	1
3	2	5	über therapeutisches Ziel der Medikation	2
0	0	0	2 und eventuelle Nebenwirkungen (Gewöhnung)	3
0	0	0	keine Angaben	9

Tabelle 15

Befolgung der Veroranung (Arzt) bzw. der Anweisung (Apotheker) von seiten des Patienten (Dosis) (55)

♂	♀	Σ♂♀		
5	7	12	nicht zutreffend	0
6	0	6	von Anfang an bzw. nach kurzer Zeit schon höhere als vorgeschriebene Dosis verwendet	1
14	9	23	in etwa vorgeschriebene Dosis eingehalten	2
5	13	18	Dosis genau beachtet	3
0	1	1	keine Angaben	9

Tabelle 16

Erfolg der Medikation im Sinne der Therapie (subjektiv vom Patienten, auch sofern Medikament nicht durch Arzt bzw. Apotheker vermittelt wurde) (56)

♂	♀	Σ♂♀		
0	0	0	keiner oder sehr geringer Erfolg	1
11	15	26	mäßiger Erfolg	2
18	14	32	guter Erfolg	3
1	1	2	keine Angaben	9

Tabelle 17

Wurde eine Repetition des gleichen Mittels durch den Arzt hauptsächlich gewünscht auf Initiative von (57)

♂	♀	Σ♂♀		
10	8	18	nicht zutreffend	0
0	2	2	Arzt	1
14	17	31	Patienten	2
5	3	8	beiden	3
1	0	1	keine Angaben	9

Tabelle 18

			Wurde durch den gleichen Apotheker, der dem Patienten das betreffende Medikament empfahl, dieses aufeinanderfolgend mindestens noch etwa 2 bis 3mal abgegeben und war dieses Mittel rezeptfrei (58)	
♂	♀	Σ♂♀		
25	28	53	nicht zutreffend	0
2	1	3	wiederholt abgegeben bei Rezeptfreiheit	1
2	1	3	" " " Rezeptpflicht	2
0	0	0	durch betreffenden Apotheker Weiterversorgung des Patienten mit Medik. abgelehnt	3
1	0	1	betreffender Apotheker durch Patienten nicht mehr als höchstens 2mal um Abgabe von entsprechenden Medikamenten gebeten	4
0	0	0	keine Angaben	9

Tabelle 19

			Warum wurde vom Patienten Repetition gewünscht (betrifft Arzt und Apotheker) (59)	
♂	♀	Σ♂♀		
5	6	11	nicht zutreffend	0
12	18	30	da spezifische Symptome anhielten und durch Medikament zu beseitigen waren	1
0	0	0	obwohl beschwerdefrei aus prophylaktischen Gründen	2
12	3	15	da Pat. neben gewollter therapeutischer Wirkung bereits positive Zusatzwirkungen empfand	3
0	1	1	da nur diese nicht beabsichtigten positiven Nebenwirkungen bestanden	4
1	2	3	keine Angaben	9

Tabelle 20

			Nach welcher Zeit stellten sich Wirkungen im Sinne von 59) 3, 4 ein (60)	
♂	♀	Σ♂♀		
2	5	7	nicht zutreffend	0
1	0	1	nach etwa 1 Woche	1
7	3	10	nach etwa 2 Wochen	2
7	10	17	nach etwa 4 Wochen	3
6	6	12	nach etwa 3 Monaten	4
4	4	8	nach etwa 6 Monaten	5
1	0	1	noch später als nach 6 Monaten	6
2	2	4	keine Angaben	9

Tabelle 21

			Erkundigte sich Arzt in den folgenden Sprech- stunden nach der 1. Verordnung über die Wirkung der Arznei (61)	
♂	♀	Σ♂♀		
9	8	17	nicht zutreffend	0
8	7	15	nein	1
10	10	20	nur nach dem Therapieerfolg	2
3	3	6	evtl. auch nach Nebenwirkungen	3
0	2	2	keine Angaben	9

Tabelle 22

			Erkundigte sich Apotheker, der vornemlich entsprechende Medikamente in der ersten Zeit an den Patienten ohne ärztl. Verordnung abgab, nach deren Wirkung (62)	
♂	♀	Σ♂♀		
26	28	54	nicht zutreffend	0
1	1	2	nein	1
2	0	2	nur nach dem Therapieerfolg	2
0	1	1	evtl. auch nach Nebenwirkungen	3
1	0	1	keine Angaben	9

Tabelle 23

			Wie wurde, nachdem Patient nach 2 bis 3maliger Verordnung des gleichen Medikamentes durch den- selben Arzt subjektiv keine Erleichterung seiner Beschwerden hatte, weiterverordnet (63)	
♂	♀	Σ♂♀		
9	7	16	nicht zutreffend	0
10	10	20	altes Behandlungsschema mit gleicher Medi- kation fortgeführt	1
1	1	2	Dosis der alten Medikation erhöht	2
6	7	13	auf anderes Mittel des gleichen Therapie- bereiches gewechselt	3
1	0	1	grundsätzlich andere Behandlungsmethode eingeschlagen, z.B. Überweisung an einen Kollegen - etwa Psychiater oder Psychothe- rapeuten	4
3	5	8	keine Angaben	9

Tabelle 24

Wurde vom Patienten über eine 3. bis 4. Repetition durch den Arzt bzw. Apotheker hinaus die Verordnung bzw. Abgabe des gleichen bzw. eines ähnlichen Mittels gewünscht (64)

♂	♀	Σ ♂♀		
7	6	13	nicht zutreffend	0
0	0	0	nein	1
23	23	46	ja	2
0	1	1	keine Angaben	9

Tabelle 25

♂	♀	Σ ♂♀	64) 2 weil (65)	
7	6	13	nicht zutreffend	0
10	12	22	Pat. weiterhin Therapie wünschte	1
9	10	19	" neben Therapie auch positive Nebenwirkungen wünschte	2
3	1	4	ihn nur Nebenwirkungen interessierten	3
1	1	2	keine Angaben	9

Tabelle 26

♂	♀	Σ ♂♀	Wie wurde ärztlicherseits bei 64) 2 verfahren (66)	
9	8	17	nicht zutreffend	0
12	14	26	ohne weiteres rezeptiert	1
6	2	8	wieder verordnet, aber mit Hinweis auf evtl. Gefahren	2
1	2	3	nur sehr ungern verordnet mit Aufklärung des Patienten	3
1	1	2	anderes Mittel der gleichen Wirkgruppe bzw. mit dem gleichen therap. Ziel neu verordnet, ohne Begründung	4
0	1	1	anderes Mittel der gleichen Wirkgruppe bzw. mit dem gleichen therap. Ziel neu verordnet, mit Begründung	5
0	0	0	Rezeptierung abgelehnt ohne weitere Beratung des Pat.	6
0	1	1	Rezeptierung abgelehnt mit weiterer Beratung des Pat.	7
1	1	2	keine Angaben	9

Tabelle 27

			Aus welchen Gründen begann Patient zu steigern (67)	
♂	♀	Σ		
0	0	0	nicht zutreffend	0
9	9	18	weil Pat. Therapieerfolg nur noch mit größeren Dosen erzielen konnte (keine Nebenwirkungen aufgetreten bzw. subjektiv vom Pat. keine Nebenwirkungen erkannt)	1
1	0	1	weil Pat., obwohl Therapie erfolgreich, glaubte, aus prophylaktischen Gründen mit größeren Dosen vorbeugen zu müssen	2
1	1	2	weil Pat., obwohl Therapie erfolgreich, steigern mußte, um aufgetretene positive Nebenwirkungen wiederzuerhalten	3
15	15	30	weil Pat. sowohl Therapieerfolg wie auch Nebenwirkungen nur durch Steigerung erreichen konnte	4
3	2	5	weil Pat. Nebenwirkungen, die ihn allein interessierten, nur noch mit größeren Dosen erreichen konnte	5
0	0	0	anderer Grund	6
1	3	4	keine Angaben	9

Tabelle 28

			Weiterer häufigster Beschaffungsmodus der Medik. etwa vom Zeitpunkt einer beginnenden Medikamentenabhängigkeit an bis zur vollen Ausbildung eines Abusus bzw. einer Sucht durch (betrifft einen Zeitraum von maximal 1 bis 2 Jahren) (68)	
♂	♀	Σ		
8	7	15	bisher behandelnden Arzt	1
1	2	3	neuen Arzt bzw. erstmals in dieser Zeit durch einen Arzt	2
2	3	5	alten und neuen Arzt	3
1	0	1	bisher ohne ärztl. Rezept Medik. abgebenden Apotheker, der schon von Anfang an den Pat. versorgt hatte	4
0	0	0	neuen Apotheker bzw. erstmals in dieser Zeit durch einen ohne ärztl. Rezept Medik. abgebenden Apotheker	5
4	1	5	vorwiegend einen bestimmten Arzt und einen best. Apotheker (ohne ärztl. Rezept) im Wechsel	6
3	11	14	andere vorwiegend nicht an best. einzelne Ärzte bzw. Apotheker gebundene Möglichkeiten	7
11	6	17	Kombin. aus 68) 1 bis 68) 6 mit 68) 7	8
0	0	0	keine Angaben	9

Tabelle 29

			Wenn bei der Arzneimittelbesch. nach 68) 1,2,3,6,8 ein best. Arzt eine besondere Rolle spielte, dann verordnete dieser Arzt (69)	
♂	♀	Σ ♂♀		
6	12	18	nicht zutreffend	0
15	11	26	ohne weiteres	1
7	2	9	zögernd mit Aufklärung bzw. Hinweis auf Gefahren	2
1	1	2	ab einer bestimmten Zeit nicht mehr ohne weitere Leitung des Patienten	3
1	1	2	ab einer bestimmten Zeit nicht mehr, jedoch mit weiterer Leitung des Patienten	4
0	3	3	keine Angaben	9

Tabelle 30

			Wenn bei der Arzneibescaaffung nach 68) 4,5, 6,8 ein best. Apoth. eine besondere Rolle spielte, dann gab dieser Apotheker verlangte Medik. ab (70)	
♂	♀	Σ ♂♀		
23	28	51	nicht zutreffend	0
6	1	7	ohne weiteres	1
0	0	0	zögernd mit Aufklärung bzw. Hinweis auf Gefahren	2
0	1	1	ab einer bestimmten Zeit nicht mehr ohne weitere Beratung des Pat.	3
0	0	0	ab einer bestimmten Zeit nicht mehr, je- doch mit weiterer Beratung des Pat.	4
1	0	1	keine Angaben	9

Tabelle 31

			Wenn die Arzneibescaaffung nach 68) 7 bzw. 68) 8 erfolgte, wobei die weitere Beschaffung der Medik. vornehmlich nicht durch einen best. Arzt bzw. best. Apotheker erfolgte, so versorgte sich Pat. durch (71)	
♂	♀	Σ ♂♀		
16	13	29	nicht zutreffend	0
3	1	4	häufigen bzw. ständigen Arztwechsel (bei Rezeptpflicht)	1
3	5	8	häufigen bzw. ständigen Apothekenwechsel (bei Rezeptfreiheit)	2
1	1	2	ärztliches Personal	3
1	4	5	nicht medizinale Personen	4
4	1	5	die Möglichkeit, selbst an Medik. heran- zukommen	5
0	0	0	Rezeptfälschung	6
2	5	7	Kombin. aus 1 bis 6	7
0	0	0	keine Angaben	9

Tabelle 32

Wenn die Arzneibesorgung nach 71)1 bzw. nach 71)7 mit Kombination 71)1 erfolgte, wie verhielt sich dann im Durchschnitt der Arzt auf die Bitte des Patienten, ein bestimmtes Medikament rezeptiert zu bekommen (72)

♂	♀	Σ ♂♀		
27	27	54	nicht zutreffend	0
1	1	2	dem Wunsch des Patienten ohne weiteres stattgegeben	1
1	1	2	dem Wunsch des Patienten nach ausführlicher Anamnese stattgegeben	2
0	1	1	den Wunsch des Patienten abgelehnt ohne dessen weitere Leitung	3
0	0	0	den Wunsch des Patienten abgelehnt, jedoch mit dessen weiterer Leitung	4
1	0	1	keine Angaben	9

Tabelle 33

War bei dieser Untersuchung Patient subjektiv der Meinung, daß er zum damaligen Zeitpunkt (also zu Beginn eines sich bildenden bzw. kurz bestehenden Abusus) auf Medikamente hätte verzichten können (73)

♂	♀	Σ ♂♀		
12	9	21	auf keinen Fall	1
11	11	22	unter Umständen bei sehr erschwerter Beschaffung der Medikamente	2
5	6	11	bei guter ärztlicher Aufklärung: ja	3
2	4	6	keine Angaben	9

Bemerkungen zum II. Ergebnisteil

Die Tatsache, daß in einem Krankengut von 60 Arzneimittelmißbrauchern bei 2/3 der Fälle der Abusus seinen Ausgang von einem Medikament nahm, das durch den Arzt verordnet wurde und bei jedem zehnten Patienten von einem Medikament, das durch den Apotheker empfohlen und abgegeben wurde, dürfte im Hinblick auf das Thema für sich sprechen (Tab. 8). Dieses Ergebnis bekommt noch mehr Gewicht, wenn man einen Blick auf die näheren Umstände wirft. So war die Vermittlung eines derartigen rein symptomatisch wirkenden Arzneimittels durch den Arzt in nahezu

der Hälfte der Fälle die einzige am Patienten durchgeführte ärztliche Therapiemaßnahme (Tab. 9). Ebenso war fast in jedem zweiten Rezept, in dem das entsprechende Arzneimittel aufgeschrieben wurde, die Verordnungsgröße derart bemessen, daß die Tabletten entweder für rund zwei Wochen oder sogar bis zu vier Wochen gereicht hätten, wenn diese täglich laut Vorschrift angewendet worden wären (Tab. 11). Selbst wenn vorausgesetzt wird, daß der in dieser Weise verordnende Arzt strenge Direktiven bezüglich der Anwendung gibt, muß doch mit der Unzuverlässigkeit des Patienten gerechnet werden. So gab jeder achte Patient zu, dem das zu seiner Abhängigkeit führende Pharmakon erstmals durch den Arzt oder Apotheker in die Hand gegeben wurde, schon von Anfang an die Dosis selbständig gesteigert zu haben.

Im übrigen scheint bei dem männlichen Geschlecht die Initiative zu einer eigenmächtigen Applikationsform der verschriebenen Arznei mehr vorzuherrschen (Tab. 15). Die Gefahr jedenfalls, die durch eine zu großzügige Verschreibung hinsichtlich der Möglichkeit einer Abhängigkeitsausbildung für den Patienten besteht, selbst, wenn nur Normaldosen eingenommen werden, ist nicht hoch genug einzuschätzen. Friend weist z.B. darauf hin, daß eine Verschreibungszeit der hier angesprochenen Medikamente von sieben bis zehn Tagen schon derartige negative Entwicklungen befürchten lassen muß (23). Auch aus der eigenen Erhebung geht hervor, daß sich Arzneimittelnebenwirkungen, die mit für die Entstehung eines Abusus verantwortlich waren, bei 17 Patienten nach 4 Wochen, bei 10 Patienten schon nach 2 Wochen und in einem Fall sogar schon nach einer Woche eingestellt hatten (Tab. 20).

Zu einer Aufklärung des Patienten bei dem erstmaligen Einsatz entsprechender Mittel, die ihn über Gewöhnung oder Sucht im Zusammenhang mit seiner Verordnung informiert hätte, fanden sich nach den zu erhaltenden Angaben immerhin 5 von 40 Ärzten bereit. Jeder zweite Arzt gab allerdings zu seinen Therapiemaßnahmen überhaupt keine Erklärungen ab (Tab. 13). Dem Durchschnittspatienten ist die Tatsache, daß auch zu Medikamenten eine fatale Bindung wie etwa zum Alkohol entstehen kann, nur

sehr selten bewußt (59).

Eine gerechtfertigte Indikationsstellung auf Grund einer gewissenhaften Eruierung des Krankheitsbildes und eines überlegten Therapieplans dürfte bei der Mehrzahl der Patienten diesen Ergebnissen nach nicht bestanden haben. Bei drei Patientinnen, die sogar von sich aus gegen die Einnahme derartiger Medikamente waren, wurde ärztlicherseits auf der Verordnung bestanden (Tab. 10). Dabei handelt es sich in zwei Fällen um reine Schlafmittelrezeptierungen ohne weitere Verordnungen oder sonstige Behandlungsmaßnahmen. Einer dieser Patientinnen, der aus ihrem Bekanntenkreis selbst ein Fall von Arzneimittelsucht bekannt war und die deshalb besonders negativ gegen alle auf "das Gemüt wirkenden Medikamente", wie sie sich ausdrückte, eingestellt war, wurde ihr Hypnotikum vom Arzt regelrecht aufoktroziert.

Um einen weiteren Schritt nähert man sich der Klärung des Problems, wenn man sich mit der Verfahrensweise des Arztes bzw. Apothekers gegenüber seinem um Repetition bittenden Patienten befaßt. Besonders aufschlußreich kann dieses Vorhaben dann sein, wenn es sich dabei um denselben Arzt bzw. Apotheker handelt, über den der Patient mit "seinem Medikament" auch erstmals nähere Bekanntschaft geschlossen hat.

Wenn oben darauf hingewiesen wurde, daß sich bei einer ganzen Reihe von Patienten bestimmte Nebenwirkungen schon nach einer relativ kurzen Anwendungszeit einstellten, so sollte es einen nicht so sehr verwundern, daß der Wunsch nach einer erstmaligen Repetition schon bei jedem dritten Patienten seinen Ursprung auch in eben diesen Nebenwirkungen hatte. Verständlicherweise war aber das Verlangen nach der Fortsetzung einer Therapie zu diesem frühen Zeitpunkt noch vorderrangig. Eine Patientin, die auf Grund einer zu großzügigen ersten ärztlichen Verordnung Gelegenheit hatte, ganze vier Wochen hindurch, Tag für Tag, ihre Schlaftabletten einzunehmen, gab zu, daß ihr Wunsch nach der ersten Repetierung bereits ausschließlich den oben angesprochenen "besonderen Wirkungen" entsprang

(Tab. 19). Durch diese fühlte sie sich von allen ihren Problemen befreit - die schlafbringende Wirkung der Arznei interessierte nicht mehr.

Wie verhielt sich aber nun speziell der Arzt gegenüber dem erstmalig um Repetition bittenden Kranken? Prinzipiell wurde diesem Verlangen von allen Ärzten nachgegeben. Dabei richtete sich die Mehrzahl nach dem Wunsche des Patienten, ohne sich hierzu kritisch zu äußern. Einige Ärzte unterstützten durch lobende Ausführungen über die Qualität des betreffenden Arzneimittels oder über den Sinn der eingeleiteten Therapie sogar das Verlangen ihres Patienten. Zwei Praktiker mußten geradezu entgegen den Vorstellungen ihres Patienten vermehrte Initiative aufbringen, um diesen dazu zu bringen, weiterhin die verschriebenen Mittel einzunehmen (Tab. 17). Bedauerlicherweise war wiederum jene Patientin einer solchen ärztlichen Anstrengung ausgesetzt, die sich schon anfänglich gegen ihre Verordnung gewehrt hatte.

Zwar gaben ausnahmslos alle explorierten Patienten einen - wenn auch nicht immer guten, so doch mäßigen - Therapieerfolg an (Tab. 16), indem mit den verschiedenen Medikamenten mehr oder weniger nachhaltig die quälenden Symptome vorübergehend zu unterdrücken waren; ein endgültiges Ausbleiben der Beschwerden war jedoch in keinem einzigen Falle zu erreichen. Das ist bei der rein symptomatischen Behandlungsweise der oft schweren Grundstörungen wohl auch kaum anders zu erwarten. Trotzdem wurde auch in den folgenden Sprechstunden etwa bis hin zu einer dritten Repetition das alte Behandlungsschema zumeist nicht verlassen und im alten Stil der "bewährten" bisher geübten Medikation fortgefahren. Anscheinend glaubten zwei Ärzte sogar, da selbst durch wiederholte Verordnung ein Abklingen der Symptomatik nicht zu erzielen war, durch eine energische Steigerung der Dosis den schwerfälligen Heilungsprozeß beschleunigen zu können. Eine ganze Reihe von Ärzten wiederum wechselte im irrigen Glauben, aber wahrscheinlich in wohlmeinender Absicht auf eine andere Medikamentengruppe bzw. auf einen verwandten Vertreter des bisher verwendeten

Arzneimittels über. Da es aber - wie bereits früher dargelegt wurde - unter den angesprochenen Medikamenten prinzipiell kein Präparat gibt, von dem keine Abhängigkeitsentwicklung befürchtet werden muß, kann durch solche Maßnahmen die Gefahr sicherlich nicht gebannt werden. Nur einer der Ärzte kam, nachdem er die Erfolglosigkeit seiner Therapie mit Ataraktika eingesehen hatte, auf die Idee, seinen von chronischen Unruhezuständen geplagten Patienten an einen Nervenarzt zu überweisen (Tab. 23).

Von den betreffenden Ärzten erkundigte sich während der ersten Sprechstunden nur jeder siebente nach eventuellen Nebenwirkungen, nach dem Erfolg der Therapie immerhin schon jeder zweite (Tab. 21).

Wurde nach zwei-bis dreimaliger Repetition aber auch weiterhin auf einer Verordnung bestanden, so müssen manchem Arzt allmählich doch Bedenken gekommen sein. Von den untersuchten Patienten wurde angegeben, daß sich jetzt bereits jeder dritte bis vierte Arzt nur noch sehr ungern bereit fand, zu rezeptieren, wobei der Patient sogar öfters auf eventuelle Gefahren aufmerksam gemacht, ihm aber schließlich doch wieder ein neues Rezept ausgestellt wurde (Tab. 26).

Die bisherigen Ausführungen zum Ergebnis vermitteln wahrscheinlich eine adäquate Vorstellung von der zu untersuchenden Rolle des Arztes, da die Patienten im besprochenen Zeitraum fast ausnahmslos jeweils von dem gleichen Arzt betreut wurden, den sie auch zuerst aufgesucht hatten. Die relative Bereitswilligkeit dieser Ärzte, auch wiederholte Neuverordnungen zu genehmigen, mag wohl der wesentliche Grund dafür sein, daß in der ersten Zeit der sich anbahnenden Medikamentenabhängigkeit kein Arztwechsel vorgenommen bzw. keine neue Möglichkeit zur Beschaffung der Medikamente angestrebt wurde.

Nicht viel besser als der Arzt schneidet der Apotheker ab, wobei allerdings eingeräumt werden muß, daß bei der durch diese Untersuchung erfaßte relativ kleine Zahl dieser Berufsgruppe Schlußfolgerungen nicht ohne weiteres gezogen werden

dürfen. Immerhin waren von sieben betroffenen Apothekern allein drei bereit, den Patienten wiederholt auch Medikamente zu überlassen, die eigentlich ein ärztliches Rezept erfordert hätten. Freiverkäufliche Schmerz- bzw. Schlafmittel wurden von drei weiteren in dichter Folge ohne Bedenken abgegeben. Ein Apotheker, der auch erstmalig betreffendes Medikament vermittelt hatte, wurde von dem Patienten nicht mehr um dessen Abgabe gebeten, weil dieser inzwischen eine neue Versorgungsquelle entdeckt hatte (Tab. 18). Von diesen aufgeführten sieben Apothekern hatten sechs sozusagen die Behandlung eingeleitet, ein weiterer diese übernommen, nachdem der betreffende Patient etwa ein oder zwei Wochen zuvor erstmalig mit entsprechenden ArzneimitteIn durch einen Bekannten, der ihm einen kleinen Vorrat von Tabletten überlassen hatte, in Berührung gekommen war. Fünf der genannten Apotheker waren vor allem in Apotheken in kleineren Ortschaften tätig. Dieser Umstand erklärt vielleicht, weshalb einige der befragten Personen mit einem bestimmten Apotheker, der seine Kunden ohnehin zumeist von der Straße kannte, in einen intensiveren Kontakt kommen konnten. In einer Großstadt mit ihrer Vielzahl von Arzneimittelverkaufsstellen, in denen zudem meist eine ganze Reihe von Angestellten die Kunden bedienen, liegen die Verhältnisse diesbezüglich anders.

Eine besondere Aufklärung bei der ersten Abgabe im Hinblick auf eventuelle Nebenwirkungen erfolgte ebenfalls in keinem Fall (Tab. 14). Allerdings erkundigte sich ein Apotheker, nachdem er ein stärkeres Schmerzmittel öfters hintereinander in kurzer Folge abgegeben hatte, bei seinem Kunden etwas mißtrauisch über den Verbleib der in relativ kurzer Zeit bezogenen größeren Tablettenmengen (Tab. 22).

Ein ganz informativer Überblick wird an Hand der Untersuchungsergebnisse auch durch die Angaben vermittelt, die sich mit der zunehmenden Ausbildung einer Abhängigkeit befassen. Es sollte durch sie die Bedeutung der im Verhältnis zur therapeutischen Wirkung immer mehr an Gewicht gewinnenden Neben-

wirkungen aufgezeigt werden. Wurde bei der 1. Repetition nur von einem Patienten sein Medikament ausschließlich wegen der angenehm empfundenen Zusatzwirkung verlangt, so war ein gleiches Motiv für den Wunsch nach weiterer Tablettenzufuhr um den Zeitpunkt einer 3. bis 4. Repetition schon bei vier der Explorierten bestimmend. Auch der Anteil von Kranken, die sich neben dem therapeutischen Effekt der Arznei auch für deren zusätzliche Fähigkeiten zu interessieren begannen, hatte in dieser Zeitspanne zugenommen (vgl. Tab. 19 und Tab. 25). Grundsätzlich bestanden aber alle Patienten, auch wenn sie keine Anzeichen irgendwelcher Nebenwirkungen entdeckt hatten, auf einer Weiterverordnung auch über eine 3. bis 4. Repetition hinaus (Tab. 24). Aber auch wenn durch die betreffenden Präparate, zumindest nach dem subjektiven Dafürhalten der Befragten, keine besonderen Zusatzeffekte erzielt werden konnten, was bei fast $\frac{1}{3}$ der gesamten Fallzahl gegeben war (Tab. 27), steigerten diese sozusagen "indirekt Abhängigen" die Dosis, da nur so die therapeutische Wirkung, die für eine Fortführung der Medikation ausschlaggebend blieb, aufrechterhalten werden konnte. Sicher spielten auch in diesen Fällen Mechanismen einer zunehmenden Gewöhnung die entscheidende Rolle. Hierzu ein Beispiel: Ein Geschäftsmann konnte die zur Ausübung seines Berufs nötige "fitness" nur durch die tägliche Zuführung von 20 bis 30 Tabletten Captagon erreichen, obwohl im allgemeinen eine Haltablette einer Einzeldosis entspricht. Auffällige psychische Veränderungen der Persönlichkeit jenes Patienten waren im Laufe der einjährigen Anwendungszeit dieses Stimulans aber weder diesem noch seiner Umwelt aufgefallen.

Bei den meisten Patienten hatte sich in dem maximal ein halbes Jahr umfassenden Zeitraum, der von der bisherigen Ergebnisbesprechung berücksichtigt wurde, ein mehr oder weniger starker Drang entwickelt, bestimmte Medikamente fortwährend einnehmen zu müssen, wobei allerdings einem Großteil der Untersuchten ihre Abhängigkeit noch nicht bewußt geworden war.

Es soll nun unter dem Gesichtspunkt, wie die Versorgung des Abhängigen mit seinen Medikamenten weiter bewerkstelligt wurde, ein Blick auf die folgende Zeit geworfen werden. Dieser so betrachtete Abschnitt führt bis zur Phase der Ausbildung einer auch vom Patienten selbst auf jeden Falle erkannten Medikamentenabhängigkeit und umfaßt etwa ein bis höchstens zwei Jahre. Hierzu liegt, der Meinung des Verfassers nach, eine fast erschreckende Angabe vor: Von den rund 40 Ärzten, durch die der jeweilige Patient ursprünglich mit seinem Medikament in Kontakt gebracht wurde, waren auch jetzt noch 15 weiterhin die Alleinversorger des Arzneimittelabhängigen. Von den übrigen waren noch eine ganze Reihe zusammen mit anderen Kollegen oder anderen Personen an dessen Substitution mit Suchtmitteln beteiligt. Manche Patienten, die mit ihren Forderungen an den Hausarzt, der sie vielleicht schon gelegentlich darauf aufmerksam gemacht hatte, daß man zukünftig mit der bisher geübten Medikation etwas zurückhaltend sein sollte, nicht mehr herantreten wollten, suchten nach neuen Möglichkeiten, in drei Fällen auch einen neuen Arzt, der nun die Rolle des alten übernahm (Tab. 28). Andere Medikamentenabhängige wiederum behielten wohl vorwiegend ihre altbewährten Beschaffungsmethoden, die Ärzte und Apotheker kaum beschäftigten, bei (Tab. 31). Bezüglich der Arzneimittelmisbraucher aber, bei denen vornehmlich der Arzt, auch wenn er im Rahmen der Gesamtbeschaffung der Suchtmittel nicht ausschließlich in Anspruch genommen wurde, als Medikamentenvermittler fungierte, stimmt es nachdenklich, daß von 26 Patienten angegeben wurde, das Rezeptieren sei ohne weiteres und ohne Umstände geschehen. Hierzu war von zwei Patienten zu erfahren, daß auf die bloße Zusendung von Krankenscheinen gleichsam als postalische Rückantwort die ausgefertigten Rezepte geliefert wurden. Es soll aber auch nicht verschwiegen werden, daß zwei Ärzte sich nach etlicher Zeit den Wünschen ihrer Patienten widersetzen und deren fachgerechte Behandlung anstrebten (Tab. 29).

Der Apotheker schneidet bei der vergleichweisen Betrachtung auch diesmal nicht viel besser ab. Von acht Pharmazeuten, die vorwiegend im Wechsel mit bestimmten Ärzten den Abhängigen einen Großteil ihrer Medikamente beschafften, waren sieben sehr lange bereit, die gewünschten Arzneien ohne Bedenken abzugeben (Tab. 30). Diese "Großzügigkeit" hatte ihren Ursprung wohl auch darin, daß auf Grund von näherer Bekanntschaft oder gar Freundschaft in drei Fällen ein engeres persönliches Verhältnis zu den Tablettenmißbrauchern bestand.

Abschließend wiederum ein Blick auf den zwischenzeitigen Fortgang der Abhängigkeitsentwicklung: Jeder dritte Patient gab für den umrissenen Zeitraum an, daß er während dieser Phase auf keinen Fall mehr ohne seine Arzneimittel ausgekommen wäre; jeder sechste Patient dagegen glaubte, er wäre von seiner gefährlichen Binnung losgekommen, wenn ihm eine entsprechende Aufklärung zuteil geworden wäre (Tab. 33).

III. Generelles Verhalten von Ärzten und Apothekern, die von einer Abhängigkeit bzw. Sucht ihres Patienten wußten

Dem letzten Ergebnisteil ist vorbehalten, auf die Einstellung und Verhaltensweise von Ärzten und Apothekern einzugehen, denen wahrscheinlich oder sicherlich die Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten bekannt war, vielfach schon deshalb, weil diese den jeweiligen Arzt und Apotheker über ihren Zustand offen informiert hatten. Der von dieser Betrachtung umfaßte Zeitraum ist in seinen Grenzen weiter abgesteckt. Die den letzten Tabellen (39 bis 44) zugrunde liegenden Fragen beziehen sich sogar auf die Gesamtdauer des Abusus.

Tabelle 34

War mindestens ein Arzt oder waren sogar mehrere Ärzte aus der Arztgruppe, der der Zustand des Patienten bekannt war, bereit, einen Abusus durch Weiterverordnung direkt zu unterstützen bzw. indirekt einer Medikamentenabhängigkeit Vorschub zu leisten, indem der Patient ohne angezeigten Therapieversuch oder -versuch einfach abgewiesen wurde (74)

♂	♀	Σ ♂♀		
10	15	25	nicht zutreffend	0
16	6	22	mindestens ein Arzt bereit weiterzuverordnen	1
0	0	0	" " " ablehnend ohne weitere Betreuung	2
0	2	2	mehrere Ärzte bereit weiterzuverordnen	3
0	1	1	" " ablehnend ohne weitere Betreuung	4
0	0	0	Patient sowohl mit Ärzten, bei denen sich Bereitschaft zum weiterverordnen zeigte, als auch mit 5	
			Ärzten, die ihn ohne weitere Betreuung abwiesen, in Kontakt gekommen	
2	2	4	Kein Arzt bereit weiterzuverordnen, jedoch mit 6	
			dem Versuch einer weiteren Leitung	
2	4	6	keine Angaben	9

Tabelle 35

War mindestens ein Apotheker oder waren sogar mehrere Apotheker aus der Pharmazeutengruppe, der der Zustand des Patienten bekannt war, bereit, einen Abusus durch Abgabe von Medikamenten ohne ärztliches Rezept direkt zu unterstützen bzw. indirekt einer Medikamentenabhängigkeit Vorschub zu leisten, indem zwar auf ärztliches Rezept, jedoch mit der Möglichkeit, falsches ärztliches Handeln erkennen zu können, Medikamente ohne Rückfrage bzw. Klärung an den Patienten abgegeben wurden (75)

♂	♀	Σ ♂♀		
15	18	33	nicht zutreffend	0
8	2	10	von einem Apotheker öfters ohne ärztl. Verordnung Medikamente an Patient abgegeben	1
5	5	10	von einem Apotheker, der falsche ärztliche Verfahrensweise erkennen konnte, Medikamente ohne weiteres abgegeben, da nur Rezept interessierte	2
0	1	1	von mehreren Apothekern öfters ohne ärztliche Verordnung Medikamente an Patient abgegeben	3
1	0	1	von mehreren Apothekern, die falsche ärztliche Verfahrensweise erkennen konnten, Medikamente ohne weiteres abgegeben, da nur Rezept interessierte	4
0	1	1	Patient sowohl mit Apothekern, die Medikamente ohne ärztl. Rezept abgaben, als auch mit Apoth., die bei Erkennenkönnen falschen ärztl. handelns rezeptierte Medikamente abgaben, in Kontakt gekommen.	5
1	2	3	kein Apoth., von sich aus bzw. bei fragwürdiger ärztl. Rezeptur ohne deren Klärung bereit, Medik. abzugeben	6
0	1	1	keine Angaben	9

Tabelle 36

			Wenn grundsätzlich eine ärztl. Bereitschaft unter dem Gesichtspunkt B III) zum Weiterverordnen bestand, wie wurde dann in bezug auf die Dosis verordnet (76)	
♂	♀	Σ♂♀		
11	16	27	nicht zutreffend	0
9	2	11	größere Dosen evtl. sogar Klinikpackungen durch 1 Arzt	1
2	3	5	" " " " Klinikpackungen durch mehrere Ärzte	2
3	3	6	grundsätzlich nur normale Verschreibungsdosen	3
5	6	11	keine Angaben	9

Tabelle 37

			Wenn grundsätzlich eine Bereitschaft des Apoth. unter dem Gesichtspunkt B III) bestand, Medik. ohne Rezept abzugeben, wie wurden dann Medik. in bezug auf die Menge abgegeben (77)	
♂	♀	Σ♂♀		
22	25	47	nicht zutreffend	0
7	0	7	ein Apoth. bereit, größere Mengen abzugeben	1
1	1	2	mehrere Apoth. " " " "	2
0	2	2	grundsätzlich nur normale Verschreibungsdosen	3
0	2	2	keine Angaben	9

Tabelle 38

			War evtl. sogar ein Arzt bzw. ein Apoth., der im Sinne von B III) in Frage kommt, auch derjenige Arzt bzw. Apoth., durch den Patient ursprünglich mit potentiellen Suchtmitteln erstmalig gefährlichen Kontakt hatte bzw. durch den weitgehend die Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit des Patienten mitbedingt wurde (78)	
♂	♀	Σ♂♀		
18	20	38	nicht zutreffend	0
8	6	14	zutreffend für Arzt	1
3	0	3	" " Apotheker	2
1	4	5	keine Angaben	9

Tabelle 39

Kam es vor, daß ein Arzt bzw. Apotheker, der bereits von einer Entziehungskur des Patienten wußte, sich dem Verlangen des Patienten entgegenkommend zeigte bzw. diesen ohne weitere Betreuung bzw. Beratung abwies und somit direkt bzw. indirekt dem Abusus sogar unter dieser Voraussetzung Vorschub leistete (79)

♂	♀	Σ ♂♀		
25	27	52	nicht zutreffend	0
4	1	5	bereit, den Patienten weiter mit Medikamenten zu versorgen	1
0	1	1	jetzt abgelehnt, Patienten weiter mit Medik. zu versorgen, ohne diesen weiter zu betreuen, obwohl durch betreffenden Arzt bzw. Apotheker Abusus früher unterstützt wurde	2
1	1	2	abgelehnt, den Pat. weiter mit Medik. zu versorgen ohne diesen weiter zu betreuen - betreffender Arzt bzw. Apotheker hatte jedoch mit der Vorgesichte des Abusus nichts zu tun	3
0	0	0	abgelehnt, den Patienten mit Medikamenten zu versorgen, jedoch mit dem Versuch, eine angezeigte Therapie einzuleiten bzw. anzuraten.	4
0	0	0	keine Angaben	9

Tabelle 40

Wenn grundsätzlich eine Bereitschaft von Seiten des Arztes bzw. des Apothekers unter dem Gesichtspunkt B III) bestand, dann war nach Meinung des Patienten für diese vorwiegend verantwortlich (80)

♂	♀	Σ ♂♀		
9	15	24	nicht zutreffend	0
0	2	2	Gleichgültigkeit	1
4	3	7	Ignoranz bzw. Geringschätzung der Gefahren einer Medikamentenabhängigkeit	2
4	0	4	Mitleid	3
1	0	1	Profitsucht	4
3	1	4	Kombination aus 1 bis 3	5
4	3	7	ein Abhängigkeitsverhältnis vom Patienten	6
5	6	11	keine Angaben	9

Tabelle 41

Kam es vor, daß Arzt bzw. Apotheker auf Grund von angebotenen Extraleistungen bereit waren, einen bestehenden Abusus zu unterstützen (81)

♂	♀	Σ ♂♀		
23	27	50	nicht zutreffend	0
4	2	6	ja	1
0	1	1	nein	2
3	0	3	keine Angaben	9

Tabelle 42

♂	♀	Σ ♂♀	Stellte Arzt bzw. Apotheker von sich aus Forderungen auf Extraleistungen (82)	
2	2	4	nicht zutreffend	0
3	4	7	ja	1
25	24	49	nein	2
0	0	0	keine Angaben	9

Tabelle 43

♂	♀	Σ ♂♀	Beurteilung der Rolle des Arztes bzw. des Apothekers durch den Patienten für die Entwicklung seiner Drogenabhängigkeit (83)	
8	10	18	schuldlos (Mediz. und Pharmazeut)	1
13	14	27	mitschuldig (Arzt)	2
2	2	4	alleinschuldig (Arzt)	3
3	0	3	mitschuldig (Apotheker)	4
0	0	0	alleinschuldig (Apotheker)	5
2	2	4	mitschuldig (beide)	6
1	0	1	alleinschuldig (beide)	7
1	2	3	keine Angaben	9

Tabelle 44

♂	♀	Σ ♂♀	Beurteilung der eigenen Drogenabhängigkeit (84)	
20	25	45	Mißstand, von dem unbedingt freizukommen ist	1
9	2	11	Zustand, der nicht so wichtig genommen werden soll	2
1	3	4	Zustand, der des Wohlbefindens halber, das er zeitweilig erzeugt, trotz aller Nachteile zu erhalten ist	3
0	0	0	keine Angaben	9

Bemerkungen zum III. Ergebnisteil

Die in diesem Teil dargestellten Ergebnisse beziehen sich nur mittelbar auf das Thema. Dennoch sei es erlaubt, einige Daten herauszustellen, da diese zur Abrundung des Bildes von dem mit dem Arzneimittelabusus konfrontierten Arzt bzw. Apotheker beitragen können.

Bei gut 1/4 der Explorierten war derjenige Arzt bzw. Apotheker, der dem Patienten hauptsächlich Medikamente in die Hand gegeben hatte, von denen eine für diesen fatale Entwicklung ausging, derselbe, der den bereits als süchtig bekannten noch mit entsprechenden Arzneimitteln versorgte (Tab. 38). In Anbetracht dieser Tatsache kann einen auch nicht mehr verwundern, daß Ärzte bzw. Apotheker, denen eine wegen Arzneimittelabhängigkeit durchgeführte Entziehungskur ihres Patienten bekannt war, sich bei immerhin fünf der explorierten Personen nicht scheuten, den Bedürfnissen des Rückfälligen neuen Vorschub zu leisten (Tab. 39).

Weiter berichteten sechs Patienten über Ärzte, die anfänglich zunächst der Bitte nach erneuter Rezeptierung der gewünschten Präparate des ihnen als abhängig bekannten Patienten widerstanden, sich aber schließlich dann doch bereit fanden, diesem Verlangen nachzugeben, nachdem ihnen eine höhere Bezahlung angeboten wurde (Tab. 41).

Darüber hinaus stellten nach Aussagen von sieben Patienten sogar Ärzte und Apotheker von sich aus Forderungen (Tab. 42). Dabei handelte es sich im speziellen Fall um zwei Patientinnen, mit denen die konsultierten Ärzte gleichsam als *conditio sine qua non* geschlechtlich verkehren wollten. Die eine dieser Patientinnen, die früher dem Gewerbe der Prostitution nachgegangen war, hatte einen diesbezüglichen Antrag als Vorbedingung für eine Rezeptur sogar von verschiedenen Ärzten erhalten.

Es sei noch ein weiteres markantes Beispiel einer solchen geradezu erpresserischen Forderung angeführt: Ein Arzt, der eine längere Urlaubsreise antreten wollte, hatte mit Vorbedacht für seinen stark polamidonabhängigen Patienten schon eine Reihe Rezepte vorgefertigt. Er hielt ihm diese in einer der letzten Sprechstunden vor seiner Abreise mit der Bemerkung unter die Nase: "Für DM 1 000.- gehören sie alle Ihnen!" Dieses Anerbieten wurde sogar später in Gegenwart der Schwester des Opiatsüchtigen wiederholt.

Vor allem im Hinblick auf die oben erwähnten Vorfälle ist bemerkenswert, daß die Mehrzahl der Patienten, für deren Abhängigkeitsentwicklung nach Meinung des Verfassers Mediziner bzw. Pharmazeuten ausschlaggebend waren, diesen nur eine Mitverantwortung zuerkannte. Keineswegs wurde versucht, das eigene Fehlverhalten zu bagatellisieren und anderen Personen einfach die Schuld in die Schuhe zu schieben, obwohl sich eine derartige Verhaltensweise auf Grund der Anamnesen oft angeboten hätte (siehe hierzu auch Tab. 43). Insbesondere der Arzt genießt, wie der Untersucher immer wieder feststellen konnte, selbst bei diesen Patienten ein noch relativ hohes Vertrauen.

Auch auf die Frage nach den vermeintlichen Beweggründen für die Bereitwilligkeit, den als abhängig bekannten Patienten noch mit Medikamenten zu versorgen, fand sich den hierzu gemachten Angaben nach von 25 Patienten nur einer bereit, das Verhalten seines Arztes hauptsächlich aus dessen Profitsucht zu erklären (Tab. 40).

FOLGERUNG

Diese Arbeit verfolgt keineswegs die Absicht, den Mediziner bzw. Pharmazeuten an den Pranger zu stellen. Die Tatsache, daß dem Arzt und Apotheker nun einmal eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Entstehung einer Arzneimittelabhängigkeit zukommt, kann gegen die Vertreter dieser Berufsgruppen zu keiner allgemeinen Anklage genügen, da ja nicht gezeigt werden konnte, wie vielen Patienten durch verantwortungsbe-
wusstes ärztliches Handeln eine derartige Suchterkrankung erspart geblieben ist. Aus dem gleichen Grunde muß bei der Ergebnisdarstellung eine Statistik, die etwa den prozentualen Anteil falsch handelnder Ärzte bzw. Apotheker angeben wollte, unterbleiben. Wohl aber kann für jeden Arzt und Apotheker ein allgemein gültiges Fazit gezogen werden: Die Verordnung von Medikamenten, die zu einer Abhängigkeitsentwicklung führen können, muß einer noch viel strengeren als bisher geübten Indikationsstellung unterzogen werden.

Zieht man aus medizinischen Arbeiten, die sich mit der Nachhaltigkeit des Heilungserfolges der Arzneimittelabhängigkeit befassen, Bilanz, so ergibt sich ein deprimierendes Bild. Immer neue und differenziertere Behandlungsmethoden, die eine Entziehung medikamentenabhängiger Patienten zum Zweck haben, konnten bisher nicht verhindern, daß der weitaus größte Teil der Entzogenen wieder rückfällig wurde (5, 39, 59, 65). Dabei sind viele der Substanzen, die die medikamentöse Grundlage für eine Entziehung bilden, selbst derart beschaffen, daß von ihnen neue Abhängigkeitsentwicklungen ihren Ausgang nehmen können (31). Die Prophylaxe bleibt bei dieser Krankheit nach wie vor die beste und sicherste Therapiemaßnahme. In die Praxis umgesetzt bedeutet dies: Arzneimittel mit derartigen Eigenschaften sollten in Zukunft viel sparsamer zum Einsatz kommen sowohl im Hinblick auf ihre Anwendungshäufigkeit als auch in Bezug auf ihre Verschreibungsgröße und -dauer. Eine solche Einschränkung ist ohne weiteres möglich, wie z.B. auch

v. Zerssen und Mitarbeiter gezeigt haben: Schlafgestörten, psychiatrischen Patienten auf Stationen der Heidelberger Universitätsnervenklinik und des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München wurden Hypnotika weitgehend vorenthalten. Dafür standen die Patienten unter intensiver psychiatrischer Betreuung und wurden zum Teil mit auf ihre Krankheitsbilder abgestimmten Psychopharmaka behandelt. Selbstverständliche Bedingung war, daß diese Patienten nicht mit mehr Schlaflosigkeit belastet waren als die Patienten der Kontrollgruppen, denen Hypnotika in gewünschter Menge genehmigt worden waren. Es zeigte sich, daß zum Teil eine Schlafmitteleinsparung bis zu 90% zu erzielen war (68). Obwohl bei den Angaben, die aus diesen Versuchen über Einsparung von Schlafmitteln gewonnen wurden, berücksichtigt werden muß, daß es sich ausschließlich um psychisch Kranke und ebenso ausschließlich um Hypnotika handelte, so sind die Ergebnisse dieser Veröffentlichung dennoch so eindrucksvoll, daß es trotz dieser einschränkenden versuchsbedingungen naheliegt, auch im weiteren Rahmen des Themas daraus Schlußfolgerungen zu ziehen.

Die Arzneimittellabhängigkeit ist eine sehr schwere, ernst zu nehmende Krankheit, besonders hinsichtlich ihrer Progredienz und Prognose. Diese Tatsache ist sogar dem Abhängigen selbst voll bewußt, spätestens dann, wenn er erfahren muß, sich aus eigener Kraft nicht mehr aus seiner unglückseligen Bindung befreien zu können. So waren nicht weniger als 3/4 der explorierten Patienten der Ansicht, es handle sich bei ihrem Krankheitsbild um ein schweres Gebrechen, von dem sie unter allen Umständen Erlösung suchten (Ergebnisteil III, Tab. 44).

Wievielemal aber muß diese Erkenntnis um die Gefahr einer solchen Erkrankung, vor der der Patient bewahrt werden muß und vielfach auch bewahrt werden kann, dem Personenkreis bewußt werden, dem die Führung solcher gefährdeter Menschen anvertraut ist. Zur Erzeugung einer derartigen für ein rechtes ärztliches Handeln notwendigen Einstellung soll nicht zuletzt diese Arbeit einen Beitrag leisten.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Arzneimittelabhängigkeit ist eine echte, ernst zu nehmende Krankheit. Besonderes Gewicht erhält sie durch ihre starke und immer noch zunehmende Verbreitung.

Unter den spezifischen Ursachen für die Ausbildung einer Abhängigkeit von Medikamenten spielt der zu großzügig verordnende Arzt eine nicht zu unterschätzende Rolle, wie schon aus der Literatur hervorgeht.

Eine Untersuchung von 60 auslesefrei erfaßten arzneimittelabhängigen Patienten (30 Männer, 30 Frauen) sollte klären, welchen Anteil der Arzt, aber auch der Apotheker an der Ausbildung ihrer Erkrankung hatten. Die Patienten wurden an Hand eines eigens für dieses Vorhaben ausgearbeiteten Fragebogens exploriert. Es zeigte sich, daß allein 2/3 der Personen aus dem erfaßten Krankengut erstmalig durch den Arzt bzw. durch den Apotheker mit einem Medikament in Kontakt kamen, von dem ein Abusus seinen Ausgang nahm. Auch während der zunehmenden Manifestation eines sich bildenden Abhängigkeitsverhältnisses waren Mediziner und Pharmazeuten bei der Mehrzahl der Patienten die entscheidenden Versorgungsquellen für die gewünschten Pharmaka. Dabei waren bloße Rezeptierungen entsprechender Medikamente vorwiegend die einzigen Therapiemaßnahmen ohne weitere Aufklärung bzw. Hinweise auf eventuelle Gefahren. Die Verordnungen wurden oft über einen Zeitraum, während dem sich bei vielen der Patienten bereits deutliche, für den weiteren Verlauf bestimmende Nebenwirkungen zeigten, durch ein und denselben Arzt ausgestellt. Überhaupt ist bemerkenswert, daß bei einem Großteil der Fälle nur ein Arzt bzw. nur ein Apotheker dem Patienten von Anfang bis zur vollen Ausbildung einer Medikamentenabhängigkeit seine "Tabletten" vermittelte. Andere Quellen mußten von den Patienten häufig gar nicht in Anspruch genommen werden.

Bei mehreren Patienten ließ auch die Verhaltensweise von Ärzten und Apothekern, denen der Abusus ihrer Patienten sicher bekannt war, im Hinblick auf ein verantwortungsbewußtes ärztliches

Handeln sehr zu wünschen übrig.

Alles in allem konnte gezeigt werden, daß der Arzt, in minderer Weise auch der Apotheker, der naturgemäß mit dem Patienten nicht in einen so intensiven Kontakt kommt, bei der Entstehung der Arzneimittelabhängigkeit der explorierten Personen maßgeblich beteiligt waren.

Die sich aus diesen Tatsachen für alle Mediziner und Pharmazeuten ergebenden Folgen sollten eine noch strengere als bisher geübte Indikationsstellung bei der Verschreibung potentiell suchterzeugender Mittel und eine Beschränkung der Verordnungsgrößen und -dauer sein.

L I T E R A T U R

1. ACHTÉ, K.A.: Die iatrogenen Krankheiten in der Psychiatrie. Z. Präv.-Med. 11, 434-443, 1966.
2. ADAMS, B.G., E.J. HORDER, J.P. HORDER, M. MODELL, C.A. STEEN, and J.W. WIGG: Patients receiving barbiturates in an urban general practice. J. Coll. gen. Practit. 12, 24-31, 1966.
3. ALLENSBACHER BERICHT: Der Tabletten-Konsum. Nov. 1968.
4. BATTEGAY, R.: Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen. Z. Präv.-Med. 10, 440-454, 1965.
5. BATTEGAY, R.: Medikamentensucht als psychiatrisches Problem. In: Pharmaka Usus et Abusus. 4. int. Kongreß der int. Föderation für Hygiene und Präventivmedizin. Wiener Medizinische Akademie. Wien, 1965.
6. BATTEGAY, R. und D. LADEWIG: Vergleichende Untersuchungen über Glutethimid- (Doriden-) und Methypylon- (Noludar-) Abhängigkeit. Praxis. 56, 1605-1611, 1967.
7. BAY, E.: Das Märchen von der Tabletten- und Medikamentensucht des modernen Menschen. Arztl. Mitt. 44, 1543-1546, 1959.
8. BAY, E.: Arzneimittelmisbrauch des "modernen Menschen". Dtsch. med. Wschr. 85, 1676-1680, 1960.
9. BEITNER, A.: Ätiologie und Therapie der Schlafstörungen. Ther. d. Gegenw. 105, 742-752, 1965.
10. BERNER, P., H. HOFF und K. KRYSPIN-EXNER: Zur Psychopathologie der Sucht. Wien. med. Wschr. 113, 759-765, 1963.
11. BEWLEY, Th.H.: Recent changes in the incidence in all types of drug dependence in Great Britain. Proc. roy. Soc. Med. 61, 175-181, 1968.
12. BRESSER, P.H., W. SCHEID und K.A. JOCHHEIM: Über den Arzneimittelmisbrauch. Arztl. Mitt. 44, 1545-1550, 1959.
13. BRILL, H.: The problem of drug dependencies: some general perspectives. J. Hillside Hosp. 16, 108-119, 1967.
14. BROOKE, E.: Too much barbiturate? Lancet 1956 I, 150-153.
15. BURGHARDT, H.: Das Suchtproblem. Fortschr. Neurol. Psychiat. 22, 473-491, 1954.

16. CHEIN, I.: The chronic addict - and why he turned to drugs. Rehab. Rec. 7, 16-18, 1966.
17. DÖHNER, W.: Ursachen der Sucht und Problematik ihrer Behandlung. Ther. d. Gegenw. 105, 756-769, 1966.
18. DÖHNHARDT, A.: Suicid durch Arzneimittel. Dtsch. Ärztebl. 64, 336-357, 1967.
19. DURRANT, B.W.: Amphetamine addiction. Practitioner 194, 649-651, 1965.
20. ETTLINGER, R.W. und P. FLORER: Attempted suicide. Acta psychiat. scand., Suppl. 103, 1-45, 1955.
21. EWING, J.A., and W.E. BAKWELL: Diagnosis and management of depressant drug dependence. Amer. J. Psychiat. 123, 909-917, 1967.
22. FREEDMAN, A.M.: Public health aspects of narcotics addiction. N. Y. St. J. Med. 63, 1656-1665, 1963.
23. FRIEND, D.G.: Accidental therapeutic drug addiction. Clin. Pharmacol. Ther. 7, 832-834, 1966.
24. GLASER, F.B.: Narcotic addiction in the pain-prone female patient. Int. J. Addict. 1, 47-59, 1966.
25. GREVE, W. und F. SCHÖNBERG: Sucht- und Entziehungserscheinungen bei barbituratfreien Schlafmitteln. Dtsch. med. Wschr. 86, 1606-1608, 1961.
26. HARTLMAIER, K.M.: Die Apotheker haben Sorgen: Freiverkäuflichkeit - Harmonisierung - Ausbildung. Zahnärztl. Mitt. 57, 1142-1145, 1967.
27. HEGG, J.H.: Vergleich psychiatrisch und internistisch behandelter Mißbraucher von phenazetinhaltigen Analgetika. Z. Unfallmed. Berufskr. 55, 258-290, 1962.
28. HEROLD, G.: Anordnung des Ruhens der Berufsbefugnis wegen Suchtverdachts. Med. Klin. 57, 1917-1918, 1962.
29. HOCH, P.H., and J. ZUBIN: Problems of Addiction and Habituation. Grune & Stratton, New York - London, 1958.
30. HOFF, F.: Glanz und Elend der Therapie. Dtsch. med. Wschr. 86, 1017-1028, 1961.
31. HOFF, H. und G. HOFMANN: Mißbrauch von Schlafmitteln und Tranquilizern. In: Pharmaka Usus et Abusus. 4. int. Kongreß der int. Föderation für Hygiene und Präventivmedizin. Wiener Medizinische Akademie, Wien 1965.

32. HOFMANN, G., E. RINGEL und W. WANDERER: Der Selbstmordversuch. Wien. klin. Wschr. 75, 889-897, 1963.
33. ISBELL, H., and H.F. FRASER: Addiction to analgetics and barbiturates. Pharmacol. Rev. 2, 355-397, 1950.
34. ISBELL, H.: Addiction to barbiturates and the barbiturate abstinence syndrome. Ann. intern. Med. 33, 108-121, 1950.
35. JAFFE, J.H., and S.K. SHARPLESS: The rapid development of physical dependence on barbiturates. J. Pharmacol. exp. Ther. 150, 140-145, 1965.
36. J. AMER. MED. ASS.: Narcotics and medical practice. 185, 976-982, 1963.
37. J. AMER. MED. ASS.: Dependence on barbiturates and other sedative drugs. 193, 673-677, 1965.
38. KENNEDY, J.: de: Drug addicts: are we creating them? Manitoba med. Rev. 47, 207-212, 1967.
39. KIELHOLZ, P.: Tabletten sucht. Dtsch. Ärztebl. 64, 740-742, 1967.
40. KLUGE, H. und J. SIMON: Untersuchungen über einige Faktoren, die den Schmerz- und Schlafmittelverbrauch beeinflussen. Dtsch. Gesundh.-Wes. 20, 1117-1122, 1965.
41. KOHLHAAS, M.: Arzt und Recht. Dtsch. med. Wschr. 87, 2637-2638, 1962.
42. KUKOVETZ, W.R.: Gewöhnung und Sucht bei modernen Arzneimitteln. In: Pharmaka Usus et Abusus. 4. int. Kongreß der int. Föderation für Hygiene und Präventivmedizin. Wiener Medizinische Akademie, Wien, 1965.
43. KUSCHINSKY, G. und H. LÜLLMANN: Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie, 2. Auflage Thieme, Stuttgart, 1966.
44. LABHARDT, F.: Körperliches und seelisches Krankheitsgeschehen bei Depressiven und Süchtigen als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung. Praxis 53, 1083-1086, 1964.
45. LANCET: Chronic intoxication with sedatives. Lancet 1962 II, 1368.
46. LAUBENTHAL, F.: Schlafmittelmißbrauch. Dtsch. med. Wschr. 76, 974-977, 1951.
47. LEHMANN, H.E.: Phenomenology and pathology of addiction. Comprehens. Psychiat. 4, 168-180, 1963.

48. LINDBERG, J.B. und H. FORSSMAN: Psykiatriprofessorer
varnar: "Skandalartad förskrivning av narkotika".
Svenska Läk - Tidn. 63, 1906-1907, 1966.
49. MASON, P.J.: Clinical and psychological observations on
narcotic drug addiction. Israel med. J. 19,
19-26, 1960.
50. MATIAR-VAZAR, H. und P. SCHILDE: Zerebrale Krampfanfälle
bei Glutethimid-Abusus. Dtsch. med. Wschr. 87,
406-408, 1962.
51. MILLER, D.E.: Narcotics addiction and the physician.
J. Amer. osteopath. Ass. 66, 1232-1236, 1967.
52. MODLIN, H.C., and A. MONTES: Narcotics addiction in
physicians. Amer. J. Psychiat. 121, 358-365, 1964.
53. NEUMANN, H. und D. JANSSEN: Über Methyprylon-Sucht. Ein
Beitrag zur Schlafmittelsucht. Med. Klin. 59,
1829-1831, 1964.
54. OEHME, P. und H. RICHTER: Gefährdung durch rezeptfreie
Schlafmittel. Dtsch. Gesundh.-Wes. 22,
359-362, 1967.
55. OLLENDORF, R.H.: Drug addiction. Assessment of the function
of the general practitioner. Proc. roy. Soc.
Med. 61, 181-184, 1968.
56. PIERI, L. und A. HÜRLIMANN: Zur Pharmakologie des Schlafes.
Arzneimittel-Forsch. 15, 1126-1134, 1965.
57. PUTNAM, P.L., and E.H. ELLINWOOD: Narcotic addiction among
physicians; a ten-year follow-up. Amer.
J. Psychiat. 122, 745-748, 1966.
58. REMOUCHAMPS, A.: États de dépendance à l'égard de médicaments
longtemps réputés inoffensifs. Acta neurol.
belg. 63, 241-266, 1963.
59. SATTES, H.: Tabletten sucht. Bayer. Ärztebl. 24, 665-670,
1969.
60. SAVITT, R.A.: Psychoanalytic studies on addiction: ego
structure in narcotic addiction. Psychiat.
Quart. 32, 43-57, 1963.
61. SCHULTE, W.: Die Sucht als psychotherapeutisches Problem.
Dtsch. med. Wschr. 88, 2409-2415, 1963.
62. SPÜHLER, O.: Nebenwirkungen und Gefahren bei Abusus mit
Analgetika. In: Pharmaka Usus et Abusus, 4. int.
Kongress der int. Föderation für Hygiene und Prä-
ventivmedizin. Wiener Medizinische Akademie,
Wien, 1965.

63. STOPROW, H.A.: The case of the tremulous man. Addiction to sedatives and hypnotics. J. Ky med. Ass. 63, 112-113, 1965.
64. VARENNE, G.: Verantwoordelijkheid van de geneesheer in het voorschrijven van geneesmiddelen en o.a. in het verschijnsel der toxicomanieën. Belg. T. Geneesk. 19, 830-840, 1963.
65. VISOTSKY, H.M.: Mental health logistics. Illinois med. J. 130, 520-522, 1966.
66. VOLBERTH, H.: Arzneimittelmisbrauch - ein aktuelles Problem? Dtsch. Ärztebl. 64, 2344-2345, 1967.
67. WILSON, O.W.: Economic impact of drug addiction. Illinois med. J. 130, 522-523, 1966.
68. ZERBSEN, D. von, E. STEPHAN und I. KAISER: Der Schlafmittelmisbrauch und seine Verhütung. Nervenarzt 39, 459-464, 1968.
69. ZINBERG, N.E., and D.C. LEWIS: Narcotic usage. I. A spectrum of a difficult medical problem. New. Engl. J. Med. 270, 989-993, 1964.

A N H A N G

Untersuchung Nr.: Beruf:

A) VORBELASTUNG DES DROGENABHÄNGIG GEWORDENEN PATIENTEN =====

I) ALLGEMEINE ANGABEN

1) Geschlecht

- 1 männlich
- 2 weiblich

2) Alter bei Untersuchung

- 1 unter 21 J.
- 2 21 bis 25 J.
- 3 26 bis 30 J.
- 4 31 bis 35 J.
- 5 36 bis 40 J.
- 6 41 bis 50 J.
- 7 51 bis 60 J.
- 8 über 60 J.
- 9 keine Angaben

3) Staatsangehörigkeit

- 1 deutsch von Geburt
- 2 Ausländer mit deutscher Staatsangehörigkeit
- 3 Ausländer
- 9 keine Angaben

4) Sprachliche Einordnung (bei Ausländern)

- 0 nicht zutreffend
- 1 gut
- 2 ausreichend
- 3 schlecht
- 9 keine Angaben

5) Familienstand zu Abususbeginn

- 1 ledig
- 2 verheiratet und wiederverheiratet
- 3 getrennt
- 4 geschieden
- 5 verwitwet
- 9 keine Angaben

6) Aufnahme veranlaßt durch

- 1 Hausarzt
- 2 Nervenarzt
- 3 anderen Arzt
- 4 Klinik
- 5 Behörde
- 6 Familie
- 7 andere Person
- 8 sich selbst
- 9 keine Angaben

II) FAMILIENANAMNESE

7) Soziale u. wirtschaftl. Stellung der Eltern

- 1 hohe Stellung in guten Verhältnissen
- 2 geachtete Stellung in guten Verhältnissen
- 3 mittlere Stellung in guten Verhältnissen
- 4 mittlere Stellung in meist belasteten Verhältnissen
- 5 niedere Stellung in ausreichenden Verhältnissen
- 6 niedere Stellung in schlechten Verhältnissen
- 7 asoziale Stellung
- 9 keine Angaben

8) Formaler Verband der Eltern bis zum 15. Lebensjahr

- 1 Eltern verheiratet (bzw. bei unehelicher Geburt d. Patienten Eltern mindestens bis zu seinem 5. Lebensjahr geheiratet)
- 2 Eltern nicht verheiratet bzw. getrennt oder geschieden, Patient mit einem Elternteil allein lebend
- 3 Eltern nicht verheiratet bzw. getrennt oder geschieden, Patient mit einem Eltern- und einem Stiefeltern- teil lebend
- 4 Vater gestorben, kein Stiefvater
- 5 Vater gestorben, Stiefvater
- 6 Mutter gestorben, keine Stiefmutter
- 7 Mutter gestorben, Stiefmutter
- 8 Vollwaise
- 9 keine Angaben

9) Qualität der Elternehe bis zum 15. Lebensjahr (betrifft auch Stiefelternehe)

- 0 nicht zutreffend
- 1 Ehe harmonisch
- 2 Ehe durchschnittlich
- 3 Ehe problematisch
- 4 Ehe schlecht
- 9 keine Angaben

10) Anzahl der Geschwister und Halbgeschwister, die älter als 1 Jahr wurden

- 0 nicht zutreffend
- 1 1 Geschwister
- 2 2 G bis 3 G
- 3 4 G bis 6 G
- 4 mehr als 6 G
- 9 keine Angaben

11) Altersstellung zu Geschwistern

- 0 nicht zutreffend
- 1 Ältester in zusammenhängender Geschwisterreihe
- 2 Mittelstellung in zusammenhängender Geschwisterreihe
- 3 Jüngster in zusammenhängender Geschwisterreihe
- 4 mit Abstand (mehr als 7 Jahre) Ältester
- 5 mit Abstand (mehr als 7 Jahre) Jüngster
- 6 Mehrling
- 9 keine Angaben

12) Psychiatrische Auffälligkeiten bei Verwandten ersten Grades

- 0 nicht zutreffend
- 1 wahrscheinlich oder sicher Psychopathie bzw. Neurose eines Verwandten
- 2 wahrscheinlich oder sicher Psychopathie bzw. Neurose mehrerer Verwandter
- 3 endogene oder exogene Psychose eines Verwandten
- 4 endogene oder exogene Psychose mehrerer Verwandter
- 5 Anfallsleiden eines Verwandten
- 6 Anfallsleiden mehrerer Verwandter
- 7 Schwachsinn eines oder mehrerer Verwandter
- 8 Kombination von 1 bis 7 auf mehrere Verwandte verteilt
- 9 keine Angaben

13) Psychiatrische Auffälligkeiten bei Verwandten zweiten Grades

- 0 nicht zutreffend
- 1 wahrscheinlich oder sicher Psychopathie bzw. Neurose eines Verwandten
- 2 wahrscheinlich oder sicher Psychopathie bzw. Neurose mehrerer Verwandter
- 3 endogene oder exogene Psychose eines Verwandten
- 4 endogene oder exogene Psychose mehrerer Verwandter
- 5 Anfallsleiden eines Verwandten
- 6 Anfallsleiden mehrerer Verwandter
- 7 Schwachsinn eines oder mehrerer Verwandter
- 8 Kombination von 1 bis 7 auf mehrere Verwandte verteilt
- 9 keine Angaben

14) Suchtformen in der Familie

- 0 keine
- 1 Abhängigkeit von Medikamenten
- 2 Abhängigkeit von Alkohol
- 3 Abhängigkeit von Rauschgift
- 4 1 und 2
- 5 1 und 3
- 6 1 und 2 und 3
- 7 andere Abhängigkeit
- 8 Kombination aus 1 bis 7 auf mehrere Familienmitglieder verteilt
- 9 keine Angaben

15) Verlust eines oder mehrerer Menschen, an dem oder denen Patient sehr hing, bzw. dessen Tod für ihn ein nachhaltiges Erlebnistrauma bedeutete vor seinem Abususbeginn durch

- 0 nicht zutreffend
- 1 organisches Leiden, nicht durch Abhängigkeit zu Genuß, Arzneimitteln oder Drogen bedingt
- 2 Abhängigkeit zu Genuß, Arzneimitteln oder Drogen
- 3 psychiatrisches oder neurologisches Leiden
- 4 äußere Gewalteinwirkung
- 5 Selbstmord
- 6 Kombination aus 1 bis 5 bei mehreren Personen
- 9 keine Angaben

III) EIGENANAMNESE

16) Hauptaufenthalt bis zum 15. Lebensjahr

- 1 Eltern (auch Stiefelternteil)
- 2 Mutter allein
- 3 Vater allein
- 4 Großeltern
- 5 sonstigen Verwandten
- 6 Pflegeeltern
- 7 Heimen
- 8 häufig wechseln
- 9 keine Angaben

17) Erziehung

- 1 streng und lieblos
- 2 streng mit Liebe
- 3 mild, aber konsequent
- 4 verwöhnend
- 5 durchschnittlich
- 6 sehr unterschiedlich
- 7 verwahrlosend
- 9 keine Angaben

18) Beurteilung der eigenen Kindheit (subjektiv vom Patienten)

- 1 sehr glücklich
- 2 gut
- 3 mittel
- 4 belastet
- 5 schlecht
- 9 keine Angaben

19) Verhältnis zur Mutter

- 0 nicht zutreffend
- 1 überstarke Bindung
- 2 starke Bindung
- 3 normale Bindung
- 4 indifferent, gleichgültiges Verhältnis
- 5 vorwiegend ablehnende Einstellung
- 6 ausgesprochen ablehnende Einstellung
- 7 stark wechselndes Verhältnis (Haß-Liebe)
- 9 keine Angaben

20) Verhältnis zum Vater

- 0 nicht zutreffend
- 1 überstarke Bindung
- 2 starke Bindung
- 3 normale Bindung
- 4 indifferent, gleichgültiges Verhältnis
- 5 vorwiegend ablehnende Einstellung
- 6 ausgesprochen ablehnende Einstellung
- 7 stark wechselndes Verhältnis (Haß-Liebe)
- 9 keine Angaben

21) Schulbildung

- 1 Hilfsschule
- 2 Volksschule
- 3 Oberschule bzw. Mittelschule nicht abgeschlossen
- 4 Mittlere Reife
- 5 Abitur
- 9 keine Angaben

22) Stand der Berufsausbildung

- 0 keinen
- 1 Anlernling
- 2 Lehre bzw. Fachschule nicht abgeschlossen
- 3 Lehre bzw. Fachschule abgeschlossen
- 4 Hochschule nicht abgeschlossen

- 5 Hochschule abgeschlossen
- 6 noch in Lehre bzw. Fachausbildung stehend
- 7 noch Student
- 9 keine Angaben

23) Berufsstand (bei Berufstätigen: derzeitiger Berufsstand, bei Rentnern: Berufsstand während der letzten Berufstätigkeit)

- 0 nicht zutreffend (noch in Ausbildung, kein Beruf)
- 1 ungelernter Arbeiter
- 2 Facharbeiter, Meister (nicht selbständig)
- 3 untergeordneter Angestellter oder Beamter
- 4 leitender Angestellter oder Beamter (ab höherer Beamter) und Wissenschaftler
- 5 selbständiger kleiner Gewerbetreibender (Kaufmann, Handwerker), Landwirt
- 6 Unternehmer, Industrieller, Gutsbesitzer
- 7 freiberuflicher Akademiker
- 8 freischaffender Künstler und sonstige
- 9 keine Angaben

24) Formales Berufsverhältnis

- 0 kein Beruf
- 1 noch in Ausbildung
- 2 Arbeiter
- 3 Angestellter oder Beamter
- 4 selbständig freiberuflich tätig
- 5 Hausfrau ohne Nebenbeschäftigung
- 6 Hausfrau mit Nebenbeschäftigung
- 7 Rentner, Pensionist
- 8 seit längerem arbeitslos
- 9 keine Angaben

25) Berufserfolg (auch Hausfrau)

- 0 nicht zutreffend
- 1 in einem Beruf fortlaufend erfolgreich
- 2 mittlerer Gesamterfolg in einem Beruf
- 3 erfolglos in einem Beruf
- 4 erfolgreich erst nach Berufswechsel
- 5 mittlerer Gesamterfolg nach Berufswechsel
- 6 erfolglos auch nach Berufswechsel
- 7 1, 2 und 4, 5 bei häufigem Arbeitsplatzwechsel
- 8 3 und 6 bei häufigem Arbeitsplatzwechsel
- 9 keine Angaben

26) Stellung zum Beruf (auch Hausfrau)

- 0 nicht zutreffend
- 1 positiv
- 2 indifferent
- 3 negativ
- 9 keine Angaben

27) Arbeitssituation der letzten Jahre vor Abususbeginn (auch Hausfrau)

- 0 nicht zutreffend
- 1 im Beruf mit Erfolg stehend
- 2 im Beruf mit mittlerem Erfolg stehend
- 3 im Beruf ohne Erfolg stehend
- 4 gerade Beruf gewechselt
- 5 häufiger Arbeitsplatzwechsel
- 6 zumeist arbeitslos
- 7 im Ruhestand
- 8 andere Situation
- 9 keine Angaben

28) Wirtschaftliche Verhältnisse vor Abususbeginn

- 1 geordnet
- 2 ausreichend
- 3 belastet
- 4 zerrüttet
- 5 sehr stark wechselnd
- 9 keine Angaben

29) Freie Zeit vor Abususbeginn im Verhältnis zur beruflichen Tätigkeit

- 0 nicht zutreffend
- 1 zu wenig
- 2 wenig
- 3 mittel
- 4 viel
- 5 sehr bzw. zuviel
- 9 keine Angaben

30) Ehequalität der letzten Jahre vor Abususbeginn

- 0 nicht zutreffend
- 1 harmonisch
- 2 unauffällig, durchschnittlich
- 3 spannungsreich
- 4 getrennt lebend
- 5 Scheidung bevorstehend
- 6 geschieden
- 7 anders
- 9 keine Angaben

31) Gesundheitszustand des Partners in den letzten Jahren vor Abususbeginn (gilt auch für nicht eheliche feste Partnerschaften)

- 0 nicht zutreffend
- 1 gesund
- 2 chronisch organisch leidend
- 3 ~~chronisch~~ psychisch leidend
- 4 medikamentenabhängig
- 5 von Genußmitteln oder Drogen abhängig
- 6 Kombination aus 2 bis 5
- 9 keine Angaben

32) Kinder (Zahl)

- 0 keine
- 1 1 Kind
- 2 2 bis 3 Kinder
- 3 4 bis 6 Kinder
- 4 mehr als 6 Kinder
- 9 keine Angaben

33) Stellung zum Kind (1 bis 5: Ehepaare betreffend,
6 bis 7: Unverheiratete betreffend)

- 1 Kinder waren erwünscht
- 2 Kinder waren nicht erwünscht
- 3 Kinderwunsch, aber Ehe kinderlos
- 4 keine Kinder erwünscht
- 5 Kinder werden erst später erwünscht
- 6 Kinder in späterer Ehe erwünscht
- 7 Kinder in späterer Ehe nicht erwünscht
- 9 keine Angaben

34) Beziehung zur Religion

- 1 kein Bekenntnis, areligiös
- 2 kein Bekenntnis, religiös
- 3 christliches Bekenntnis, gleichgültig
- 4 christliches Bekenntnis aber freier denkend
- 5 christliches Bekenntnis, gläubig
- 6 christliches Bekenntnis, stark konfessionell gebunden
- 7 nicht christliches Bekenntnis, gleichgültig
- 8 nicht christliches Bekenntnis, gläubig
- 9 keine Angaben

35) Sozialkontakt vor Abususbeginn

- 1 alleinlebend, kaum oder kein sex-erotischer Kontakt
- 2 alleinlebend mit gelegentlichem sex-erotischem Kontakt
- 3 in festem Familienverband mit Eltern
- 4 in festem Familienverband mit Ehepartner und ggf. mit Kindern
- 5 in festem Familienverband bei Kindern oder Verwandten
- 6 in festen Beziehungen zum anderen Geschlecht (ein oder mehrere Partner)
- 7 in festen Beziehungen zum gleichen Geschlecht (ein oder mehrere Partner)
- 8 im Heimverband (auch Pflegeaufenthalt im Krankenhaus)
- 9 keine Angaben

36) Organische, psychische bzw. psychosomatische Belastung des Patienten durch Gesundheitsschäden (außer ZNS) vor Drogenabusus

- 0 nicht zutreffend
- 1 perinatale bzw. frühkindliche Schäden mit dauernden Folgen
- 2 früher durchgemachte Traumen (organisch) mit bleibender Belastung
- 3 abgeklungene Krankheiten mit bleibenden Defekten als Folge
- 4 chronische bzw. ständig wiederkehrende Krankheiten mit anhaltender Belastung
- 5 Kombination aus 1 bis 4
- 6 andere
- 9 keine Angaben

37) Wenn 36) 1 bis 6, dann betroffen

- 0 nicht zutreffend
- 1 Herz-Kreislauf-Lunge-Blut
- 2 Magen-Darm-Leber-Galle
- 3 Niere - ableitende Harnwege
- 4 innersekretorisches System
- 5 rezidivierende bzw. ständig bestehende Schmerzen unklarer Genese
- 6 Skelett und motorisches System
- 7 gynäkologischer Bereich
- 8 Kombination aus 1 bis 7 oder andere
- 9 keine Angaben

38) Belastung des Patienten durch ZNS-Schaden schon vor Drogenabusus

- 0 nicht zutreffend
- 1 perinatale bzw. frühkindliche Noxen am ZNS mit verbliebenen Schäden
- 2 erlebte Hirntraumen mit Dauerfolgen
- 3 bestehende Hirnerkrankung
- 4 früher durchgemachte neurologische Erkrankungen mit Dauerfolgen
- 5 bestehende neurologische Erkrankung
- 6 Kombination aus 1 bis 5
- 7 andere
- 9 keine Angaben

39) Psychische Auffälligkeiten vor Drogenabusus

- 0 nicht zutreffend
- 1 psychopathische Veranlagung
- 2 Neurose wahrscheinlich oder sicher mit Therapie
- 3 Neurose wahrscheinlich oder sicher ohne Therapie
- 4 Suicidalgedanken
- 5 Suicidversuche
- 6 1 und 4 oder 5
- 7 2 oder 3 und 4 oder 5
- 8 andere
- 9 keine Angaben

40) Psychiatrisches Leiden vor Drogenabusus

- 0 nicht zutreffend
- 1 endogene oder exogene Psychose
- 2 Epilepsie
- 3 Anfallsleiden unklarer Genese
- 4 Demenz
- 5 Kombination aus 1 bis 4
- 6 andere
- 9 keine Angaben

B) SPEZIFISCHER UNTERSUCHUNGSTEIL

1) ART DER MEDIKAMENTE UND MODUS DES MISSBRAUCHS BZW. DER SUCHT

Welche Mittel zuerst

Welche Mittel zuletzt

.....
.....
.....

.....
.....
.....

41) Abhängigkeitsform von

- 1 Medikamenten
- 2 Medikamenten und Nikotin
- 3 Medikamenten und Alkohol
- 4 Medikamenten und Rauschgift
- 5 Medikamenten und Nikotin und Alkohol
- 6 Medikamenten und Nikotin und Rauschgift
- 7 Medikamenten und Alkohol und Rauschgift
- 8 Medikamenten und Nikotin und Alkohol und Rauschgift
- 9 keine Angaben

42) Medikamentengruppen

- 1 vorwiegend Schlafmittel
- 2 vorwiegend nicht opiatartige Schmerzmittel
- 3 vorwiegend Opiate mit Derivaten
- 4 vorwiegend Ataraktika
- 5 vorwiegend Weckmittel
- 6 Schlafmittel und Schmerzmittel oder Opiate
- 7 Schlafmittel und Ataraktika
- 8 Schlafmittel und Weckmittel
- 9 keine Angaben

43) Mißbrauchbeginn mit

- 1 Schlafmitteln
- 2 nicht opiat-artigen Schmerzmitteln
- 3 Opiaten oder Derivaten
- 4 Ataraktika
- 5 Weckmitteln
- 6 Kombination mit Schlafmitteln
- 9 keine Angaben

44) Maximaldosen über einen kontinuierlichen Zeitabschnitt
(mindestens 1 Monat)

- 1 1fache Tagesdosis
- 2 etwa 2- bis 3fache Tagesdosis
- 3 bis zu etwa 5facher Tagesdosis
- 4 bis zu etwa 10facher Tagesdosis
- 5 sicher über 10fache Tagesdosis
- 9 keine Angaben

45) Gesamtdauer des Abusus von Beginn an bis zu dessen
erster Behandlung bzw., sofern eine solche nicht er-
folgte, bis zu dieser Untersuchung

- 1 bis 1 Jahr
- 2 über 1 Jahr bis 2 Jahre
- 3 über 2 Jahre bis 5 Jahre
- 4 über 5 Jahre bis 10 Jahre
- 5 über 10 Jahre
- 9 keine Angaben

46) Längstes medikamentenfreies bzw. nicht über die Ein-
nahme einer normalen Dosis hinausgehendes Intervall
während der Zeit der Medikamentenabhängigkeit

- 0 keines
- 1 bis 3 Monate
- 2 über 3 Monate bis 6 Monate
- 3 über 6 Monate bis 1 Jahr
- 4 über 1 Jahr
- 9 keine Angaben

47) Alter des Patienten bei erstem Kontakt mit dem bzw.
den Medikamenten, durch das bzw. die der Abusus
seinen Ausgang nahm

- 1 unter 21 Jahren
- 2 21 bis 25 Jahre
- 3 26 bis 30 Jahre
- 4 31 bis 35 Jahre
- 5 36 bis 40 Jahre
- 6 41 bis 50 Jahre
- 7 51 bis 60 Jahre
- 8 über 60 Jahre
- 9 keine Angaben

II) VERMITTLUNGSART DER MEDIKAMENTE DURCH ARZT BZW. APOTHEKER

(Folgender Fragenkomplex bezieht sich auf Anfang und Entwicklung des Abusus bis zu seiner ersten deutlichen Manifestation)

48) Erster Kontakt mit Medikament bzw. Medikamentengruppe, von dem bzw. von der die Entstehung des Abusus ausging, vermittelt durch

- 1 Arzt
- 2 Apotheker
- 3 ärztliches Personal
- 4 nicht medizinische Personen
- 5 Werbung
- 6 Eigeninitiative
- 7 andere Art
- 8 Kombination aus 3 bis 7 unter Beteiligung von 1 oder 2
- 9 keine Angaben

49) Rolle der potentiell suchterzeugenden Arznei, auf deren Grundlage sich ein Abusus entwickelte, bei der ärztlichen Therapie

- 0 nicht zutreffend
- 1 Suchtmittel war Hauptverordnung
- 2 Suchtmittel war Adjuvans
- 3 Suchtmittel war Korrigens einer durch ein anderes verordnetes Medikament bedingten Nebenwirkung
- 9 keine Angaben

50) Reaktion des Patienten bei der ersten ärztlichen Verordnung bzw. der ersten Empfehlung durch den Apotheker

- 0 nicht zutreffend
- 1 negative Haltung gegenüber derartigen Mitteln, da Patient genau deren Gefahr kannte
- 2 negative Haltung gegenüber Mittel, da Patient generell gegen derartige Medikamente eingestellt war
- 3 negative Haltung gegenüber Mittel, da Patient mit diesem oder ähnlichen Mitteln bereits erfolglos gewesen war
- 4 keine besondere Reaktion
- 5 Patient erwartungsvoll in Bezug auf Medikation
- 9 keine Angaben

51) Modus der ersten ärztlichen Verordnung in Bezug auf die Anwendungsdauer

- 0 nicht zutreffend
- 1 einmalige Einzelverordnung
- 2 bis zu 3 Tagen
- 3 bis zu 1 Woche
- 4 bis zu 2 Wochen
- 5 bis zu 4 Wochen
- 6 länger als 4 Wochen
- 7 nur bei Bedarf gelegentlich anzuwenden
- 8 bei Bedarf regelmäßig anzuwenden
- 9 keine Angaben

52) Quantum, das vom Apotheker, der dem Patienten Medikament empfahl, erstmalig an diesen abgegeben wurde (in Bezug auf die Möglichkeit der Anwendungsdauer)

- 0 nicht zutreffend
- 1 Handelspackung
- 2 mehrere Handelspackungen
- 3 Klinikpackung
- 9 keine Angaben

53) Ärztliche Aufklärung bei erster Verordnung

- 0 nicht zutreffend
- 1 keine
- 2 über therapeutisches Ziel der Medikation
- 3 2 und eventuelle Nebenwirkungen (Gewöhnung)
- 9 keine Angaben

54) Aufklärung von seiten des empfehlenden Apothekers bei erster Abgabe

- 0 nicht zutreffend
- 1 keine
- 2 über therapeutisches Ziel der Medikation
- 3 2 und eventuelle Nebenwirkungen (Gewöhnung)
- 9 keine Angaben

55) Befolgung der Verordnung (Arzt) bzw. Anweisung (Apotheker) von seiten des Patienten (Dosis)

- 0 nicht zutreffend
- 1 von Anfang an bzw. nach kurzer Zeit schon höhere als vorgeschriebene Dosis verwendet
- 2 in etwa vorgeschriebene Dosis eingehalten
- 3 Dosis genau beachtet
- 9 keine Angaben

56) Erfolg der Medikation im Sinne der Therapie
(subjektiv vom Patienten - auch sofern Medikament
nicht durch Arzt bzw. Apotheker vermittelt wurde)

- 1 keiner oder sehr geringer Erfolg
- 2 mäßiger Erfolg
- 3 guter Erfolg
- 9 keine Angaben

57) Wurde eine Repetition des gleichen Mittels durch den
Arzt hauptsächlich gewünscht auf Initiative von

- 0 nicht zutreffend
- 1 Arzt
- 2 Patienten
- 3 beiden
- 9 keine Angaben

58) Wurde durch den gleichen Apotheker, der dem Patienten
das betreffende Medikament empfahl, dieses aufeinander-
folgend mindestens noch etwa 2 bis 3mal abgegeben und
war dieses Mittel rezeptfrei

- 0 nicht zutreffend
- 1 wiederholt abgegeben bei Rezeptfreiheit
- 2 wiederholt abgegeben bei Rezeptpflicht
- 3 durch betreffenden Apotheker Weiterversorgung
des Patienten mit Medikamenten ablehnt
- 4 betreffender Apotheker durch Patienten nicht mehr als
höchstens 2mal um Abgabe von entsprechenden
Medikamenten gebeten.
- 9 keine Angaben

59) Warum wurde vom Patienten Repetition gewünscht
(betrifft Arzt und Apotheker)

- 0 nicht zutreffend
- 1 da spezifische Symptome anhielten und durch Medi-
kament zu beseitigen waren
- 2 obwohl beschwerdefrei aus prophylaktischen Gründen
- 3 da Patient neben gewollter therapeutischer Wirkung
bereits positive Zusatzwirkungen empfand
- 4 da nur diese nicht beabsichtigten positiven
Nebenwirkungen bestanden
- 9 keine Angaben

60) Nach welcher Zeit stellten sich Wirkungen im Sinne von 59) 3, 4 ein

- 0 nicht zutreffend
- 1 nach etwa 1 Woche
- 2 nach etwa 2 Wochen
- 3 nach etwa 4 Wochen
- 4 nach etwa 3 Monaten
- 5 nach etwa 6 Monaten
- 6 noch später als nach 6 Monaten
- 9 keine Angaben

61) Erkundigte sich Arzt in den folgenden Sprechstunden nach der ersten Verordnung über die Wirkung der Arznei

- 0 nicht zutreffend
- 1 nein
- 2 nur nach dem Therapieerfolg
- 3 eventuell auch nach Nebenwirkungen
- 9 keine Angaben

62) Erkundigte sich Apotheker, der vornehmlich entsprechende Medikamente in der ersten Zeit an den Patienten ohne ärztliche Verordnung abgab, nach deren Wirkung

- 0 nicht zutreffend
- 1 nein
- 2 nur nach dem Therapieerfolg
- 3 eventuell auch nach Nebenwirkungen
- 9 keine Angaben

63) Wie wurde, nachdem Patient nach 2 bis 3maliger Verordnung des gleichen Medikaments durch denselben Arzt subjektiv keine Erleichterung seiner Beschwerden hatte, weiterverordnet

- 0 nicht zutreffend
- 1 altes Behandlungsschema mit gleicher Medikation fortgeführt
- 2 Dosis der alten Medikation erhöht
- 3 auf anderes Mittel des gleichen Therapiebereiches gewechselt
- 4 grundsätzlich andere Behandlungsmethode eingeschlagen, z.B. auch Überweisung an einen Kollegen - etwa einen Psychiater oder Psychotherapeuten
- 9 keine Angaben

64) Wurde vom Patienten über eine 3. bis 4. Repetition durch den Arzt bzw. Apotheker hinaus die Verordnung bzw. Abgabe des gleichen bzw. eines ähnlichen Mittels gewünscht

- 0 nicht zutreffend
- 1 nein
- 2 ja
- 9 keine Angaben

65) 64) 2 weil

- 0 nicht zutreffend
- 1 Patient weiterhin Therapie wünschte
- 2 Patient neben Therapie auch positive Nebenwirkungen wünschte
- 3 ihn nur Nebenwirkungen interessierten
- 9 keine Angaben

66) Wie wurde ärztlicherseits bei 64) 2 verfahren

- 0 nicht zutreffend
- 1 ohne weiteres rezeptiert
- 2 wieder verordnet, aber mit Hinweis auf eventuelle Gefahren
- 3 nur sehr ungern verordnet mit Aufklärung des Patienten
- 4 anderes Mittel der gleichen Wirkgruppe bzw. mit dem gleichen therapeutischen Ziel neu verordnet ohne Begründung
- 5 anderes Mittel der gleichen Wirkgruppe bzw. mit dem gleichen therapeutischen Ziel neu verordnet mit Begründung
- 6 Rezeptierung abgelehnt ohne weitere Beratung des Patienten
- 7 Rezeptierung abgelehnt mit weiterer Beratung des Patienten
- 9 keine Angaben

67) Aus welchen Gründen begann Patient zu steigern

- 0 nicht zutreffend
- 1 weil Patient Therapieerfolg nur noch mit größeren Dosen erzielen konnte (keine Nebenwirkungen aufgetreten bzw. subjektiv vom Patienten keine Nebenwirkungen erkannt)
- 2 weil Patient, obwohl Therapie erfolgreich, glaubte, aus prophylaktischen Gründen mit größeren Dosen vorbeugen zu müssen
- 3 weil Patient, obwohl Therapie erfolgreich, steigern mußte, um aufgetretene positive Nebenwirkungen weiterzuerhalten

- 4 weil Patient sowohl Therapieerfolg wie auch Nebenwirkungen nur durch Steigerung erreichen konnte
- 5 weil Patient Nebenwirkungen, die ihn allein interessierten, nur noch mit größeren Dosen erreichen konnte
- 6 anderer Grund
- 9 keine Angaben

68) Weiterer häufigster Beschaffungsmodus der Medikamente etwa vom Zeitpunkt einer beginnenden Medikamenten-abhängigkeit an bis zur vollen Ausbildung eines Abusus bzw. einer Sucht durch (betrifft einen Zeitraum von maximal 1 bis 2 Jahren)

- 1 bisher behandelnden Arzt
- 2 neuen Arzt bzw. erstmals in dieser Zeit durch einen Arzt
- 3 alten und neuen Arzt
- 4 bisher ohne ärztliches Rezept Medikamente abgebenden Apotheker, der schon von Anfang an den Patienten versorgt hatte
- 5 neuen Apotheker bzw. erstmals in dieser Zeit durch einen ohne ärztliches Rezept Medikamente abgebenden Apotheker
- 6 vorwiegend einen bestimmten Arzt und einen bestimmten Apotheker (ohne ärztliches Rezept) im Wechsel
- 7 andere vorwiegend nicht an bestimmte einzelne Ärzte bzw. Apotheker gebundene Möglichkeiten
- 8 Kombination aus 68) 1 bis 68)6 mit 68) 7
- 9 keine Angaben

69) Wenn bei der Arzneibeschaaffung nach 68) 1,2,3,6,8 ein bestimmter Arzt eine besondere Rolle spielte, dann verordnete dieser Arzt

- 0 nicht zutreffend
- 1 ohne weiteres
- 2 zögernd mit Aufklärung bzw. Hinweis auf Gefahren
- 3 ab einer bestimmten Zeit nicht mehr ohne weitere Leitung des Patienten
- 4 ab einer bestimmten Zeit nicht mehr, jedoch mit weiterer Leitung des Patienten
- 9 keine Angaben

70) Wenn bei der Arzneibescaaffung nach 68) 4,5,6,8 ein bestimmter Apotheker eine besondere Rolle spielte, dann gab dieser Apotheker verlangte Medikamente ab

- 0 nicht zutreffend
- 1 ohne weiteres
- 2 zögernd mit Aufklärung bzw. Hinweis auf Gefahren
- 3 ab einer bestimmten Zeit nicht mehr ohne weitere Beratung des Patienten
- 4 ab einer bestimmten Zeit nicht mehr, jedoch mit weiterer Beratung des Patienten
- 9 keine Angaben

71) Wenn die Arzneibescaaffung nach 68) 7 bzw. 68) 8 erfolgte, wobei die weitere Beschaffung der Medikamente vornehmlich nicht durch einen bestimmten Arzt bzw. bestimmten Apotheker erfolgte, so versorgte sich Patient durch

- 0 nicht zutreffend
- 1 häufigen bzw. ständigen Arztwechsel (bei Rezeptpflicht)
- 2 häufigen bzw. ständigen Apothekenwechsel (bei Rezeptfreiheit)
- 3 ärztliches Personal
- 4 nicht medizinale Personen
- 5 die Möglichkeit, selbst an Medikamente heranzukommen
- 6 Rezeptfälschung
- 7 Kombination aus 1 bis 6
- 9 keine Angaben

72) Wenn die Arzneibescaaffung nach 71)1 bzw. nach 71)7 mit Kombination 71)1 erfolgte, wie verhielt sich dann im Durchschnitt der Arzt auf die Bitte des Patienten, ein bestimmtes Medikament rezeptiert zu bekommen

- 0 nicht zutreffend
- 1 dem Wunsch des Patienten ohne weiteres stattgegeben
- 2 dem Wunsch des Patienten stattgegeben, nach ausführlicher Anamnese
- 3 den Wunsch des Patienten abgelehnt ohne dessen weitere Leitung
- 4 den Wunsch des Patienten abgelehnt, jedoch mit dessen weiterer Leitung
- 9 keine Angaben

73) War bei dieser Untersuchung Patient subjektiv der Meinung, daß er zum damaligen Zeitpunkt (also zu Beginn eines sich bildenden bzw. kurz bestehenden Abusus) auf Medikamente hätte verzichten können

- 1 auf keinen Fall
- 2 unter Umständen bei sehr erschwelter Beschaffung der Medikamente
- 3 bei guter ärztlicher Aufklärung: ja
- 9 keine Angaben

III) GENERELLES VERHALTEN VON ÄRZTEN UND APOTHEKERN, DIE WAHRSCHEINLICH ODER SICHER VON EINER ABHÄNGIGKEIT BZW. SUCHT IHRES PATIENTEN WUSSTEN

(Die Fragen von 74) bis 78) beziehen sich auf einen Zeitraum von höchstens 2 bis 3 Jahren vom Zeitpunkt des ersten Kontaktes mit dem potentiellen Suchtmittel an gerechnet)

74) War mindestens ein Arzt oder waren sogar mehrere Ärzte aus der Ärzteguppe, der der Zustand des Patienten bekannt war, bereit, einen Abusus durch Weiterverordnung direkt zu unterstützen bzw. indirekt einer medikamentenabhängigkeit Vorschub zu leisten, indem der Patient ohne angezeigten Therapievorschlag oder -versuch einfach abgewiesen wurde

- 0 nicht zutreffend
- 1 mindestens ein Arzt bereit weiterzuverordnen
- 2 mindestens ein Arzt ablehnend ohne weitere Betreuung
- 3 mehrere Ärzte bereit weiterzuverordnen
- 4 mehrere Ärzte ablehnend ohne weitere Betreuung
- 5 Patient sowohl mit Ärzten, bei denen sich Bereitschaft zum Weiterverordnen zeigte, als auch mit Ärzten, die ihn ohne weitere Betreuung abwiesen, in Kontakt gekommen
- 6 kein Arzt bereit weiterzuverordnen, jedoch mit dem Versuch einer weiteren Leitung
- 9 keine Angaben

75) War mindestens ein Apotheker oder waren sogar mehrere Apotheker aus der Pharmazeutengruppe, der der Zustand des Patienten bekannt war, bereit, einen Abusus durch Abgabe von Medikamenten ohne ärztliches Rezept direkt zu unterstützen bzw. indirekt einer Medikamentenabhängigkeit Vorschub zu leisten, indem zwar auf ärztliches Rezept jedoch mit der Möglichkeit, falsches ärztliches Handels erkennen zu können,

Medikamente ohne Rückfrage bzw. Klärung an den Patienten abgegeben wurden.

- 0 nicht zutreffend
- 1 von einem Apotheker öfters ohne ärztliche Verordnung Medikamente an Patienten abgegeben
- 2 von einem Apotheker, der falsche ärztliche Verfahrensweise erkennen konnte, Medikamente ohne weiteres abgegeben, da nur Rezept interessierte
- 3 von mehreren Apothekern öfters ohne ärztliche Verordnung Medikamente an Patienten abgegeben
- 4 von mehreren Apothekern, die falsche ärztliche Verfahrensweise erkennen konnten, Medikamente ohne weiteres abgegeben, da nur Rezept interessierte
- 5 Patient sowohl mit Apothekern, die Medikamente ohne ärztliches Rezept abgaben, als auch mit Apothekern, die bei Erkennenkönnen falschen ärztlichen Handelns rezeptierte Medikamente abgaben, in Kontakt gekommen
- 6 kein Apotheker von sich aus bzw. bei fragwürdiger ärztlicher Rezeptur ohne deren Klärung bereit, Medikamente abzugeben
- 9 keine Angaben

76) Wenn grundsätzlich eine ärztliche Bereitschaft unter dem Gesichtspunkt B III) zum Weiterverordnen bestand, wie wurde dann in Bezug auf die Dosis verordnet.

- 0 nicht zutreffend
- 1 größere Dosen evtl. sogar Klinikpackungen durch einen Arzt
- 2 größere Dosen evtl. sogar Klinikpackungen durch mehrere Ärzte
- 3 grundsätzlich nur normale Verschreibungsdosen
- 9 keine Angaben

77) Wenn grundsätzlich eine Bereitschaft des Apothekers unter dem Gesichtspunkt B III) bestand, Medikamente ohne Rezept abzugeben, wie wurden dann Medikamente in Bezug auf die Menge abgegeben

- 0 nicht zutreffend
- 1 ein Apotheker bereit, größere Mengen abzugeben
- 2 mehrere Apotheker bereit, größere Mengen abzugeben
- 3 grundsätzlich nur normale Verschreibungsdosen
- 9 keine Angaben

78) War evtl. sogar ein Arzt bzw. ein Apotheker, der im Sinne von B III) in Frage kommt, auch derjenige Arzt bzw. Apotheker, durch den Patient ursprünglich mit potentiellen Suchtmitteln erstmalig gefährlichen Kontakt hatte bzw. durch den weitgehend die Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit des Patienten mitbedingt wurde

- 0 nicht zutreffend
- 1 zutreffend für Arzt
- 2 zutreffend für Apotheker
- 9 keine Angaben

(Die Fragen von 79) bis 84) beziehen sich auf den ganzen Zeitraum der Medikamentenabhängigkeit des Patienten)

79) Kam es vor, daß ein Arzt bzw. Apotheker, der bereits von einer Entziehungskur des Patienten wußte, sich dem Verlangen des Patienten entgegenkommend zeigte bzw. diesen ohne weitere Betreuung bzw. Beratung abwies und somit direkt bzw. indirekt dem Abusus sogar unter dieser Voraussetzung Vorschub leistete

- 0 nicht zutreffend
- 1 bereit, den Patienten weiter mit Medikamenten zu versorgen
- 2 jetzt abgelehnt, Patienten weiter mit Medikamenten zu versorgen, ohne diesen weiter zu betreuen, obwohl durch betreffenden Arzt bzw. Apotheker der Abusus früher unterstützt wurde
- 3 abgelehnt, den Patienten weiter mit Medikamenten zu versorgen ohne diesen weiter zu betreuen - betreffender Arzt bzw. Apotheker hatte jedoch mit der Vorgeschichte des Abusus nichts zu tun
- 4 abgelehnt, den Patienten mit Medikamenten zu versorgen, jedoch mit dem Versuch, eine angezeigte Therapie einzuleiten bzw. anzuraten
- 9 keine Angaben

80) Wenn grundsätzlich eine Bereitschaft von seiten des Arztes bzw. des Apothekers unter dem Gesichtspunkt B III) bestand, dann war nach Meinung des Patienten für diese vorwiegend verantwortlich

- 0 nicht zutreffend
- 1 Gleichgültigkeit
- 2 Ignoranz bzw. Geringschätzung der Gefahren einer Medikamentenabhängigkeit
- 3 Mitleid
- 4 Profitsucht
- 5 Kombination aus 1 bis 3
- 6 ein Abhängigkeitsverhältnis vom Patienten
- 9 keine Angaben

81) Kam es vor, daß Arzt bzw. Apotheker auf Grund von angebotenen Extraleistungen bereit waren, einen bestehenden Abusus zu unterstützen

- 0 nicht zutreffend
- 1 ja
- 2 nein
- 9 keine Angaben

82) Stellte Arzt bzw. Apotheker von sich aus Forderungen auf Extraleistungen

- 0 nicht zutreffend
- 1 ja
- 2 nein
- 9 keine Angaben

83) Beurteilung der Rolle des Arztes bzw. des Apothekers durch den Patienten für die Entwicklung seiner Drogenabhängigkeit

- 1 schuldlos (Mediziner und Pharmazeut)
- 2 mitschuldig (Arzt)
- 3 alleinschuldig (Arzt)
- 4 mitschuldig (Apotheker)
- 5 alleinschuldig (Apotheker)
- 6 mitschuldig (beide)
- 7 alleinschuldig (beide)
- 9 keine Angaben

84) Beurteilung der eigenen Drogenabhängigkeit

- 1 Mangel, von dem unbedingt freizukommen ist
- 2 Zustand, der nicht so wichtig genommen werden soll
- 3 Zustand, der des Wohlbefindens halber, das er zeitweise erzeugt, trotz aller Nachteile zu erhalten ist
- 9 keine Angaben

c) PERSÖNLICHKEIT DES PATIENTEN ZUM ZEITPUNKT DER UNTERSUCHUNG
=====

85) Kontaktfähigkeit

- 1 verschlossen
- 2 schwer kontaktfähig
- 3 mittel
- 4 kontaktfähig
- 5 sehr aufgeschlossen
- 9 keine Angaben

86) Intelligenz

- 1 debil
- 2 wenig begabt
- 3 durchschnittlich
- 4 begabt
- 5 hochbegabt
- 9 keine Angaben

87) Stimmung

- 1 ausgelassen
- 2 heiter
- 3 mittel
- 4 schwerblütig
- 5 depressiv
- 9 keine Angaben

88) Lebhaftigkeit

- 1 sehr antriebsreich
- 2 lebhaft
- 3 mittelmäßig
- 4 ruhig
- 5 schwerfällig
- 9 keine Angaben

89) emotionelle Erregbarkeit

- 1 nicht schwingungsfähig
- 2 wenig schwingungsfähig
- 3 mittel schwingungsfähig
- 4 sensibel, leicht mitschwingend
- 5 überempfindlich
- 9 keine Angaben

90) Gefühl

- 1 kalt
- 2 kühl
- 3 mittel
- 4 warmherzig
- 5 sehr warmherzig
- 9 keine Angaben

91) Selbstwertgefühl

- 1 selbstbewußt
- 2 mittel
- 3 unsicher
- 4 schüchtern
- 9 keine Angaben

92) Geltungsbedürfnis

- 1 sehr ausgeprägt
- 2 stärker
- 3 mittel
- 4 gering
- 5 sehr bescheiden
- 9 keine Angaben

In erster Linie danke ich Herrn Priv.Doz. Dr. D. v. Zerssen für die Überlassung des Themas sowie für seine Beratung und die Durchsicht vorliegender Arbeit.

Weiterhin gilt mein Dank Herrn Obermedizinaldirektor Dr.Dr. Ch. Schulz und seinen Mitarbeitern. Sie ermöglichten mir die Untersuchung von Patienten im Nervenkrankenhaus Haar.

Besonderen Dank schulde ich auch Herrn Dr. W. Dogs, der mir im Rahmen einer persönlichen Einladung an seine Burghof-Klinik in Rinteln Gelegenheit gab, zahlreiche Patienten zu explorieren.

L e b e n s l a u f

Am 6. Mai 1939 wurde ich als Sohn des Industriekaufmanns Helmut Walther und seiner Frau Else geboren. Nach vier Jahren Grundschule besuchte ich das Nürnberger Realgymnasium bis 1957. Die letzten beiden Schuljahre verbrachte ich auf der Oberrealschule des Frankenlandschulheimes Schloß Gaibach, an dem ich 1959 mein Abitur mit gutem Erfolg bestand. Zunächst schrieb ich mich an der Technischen Hochschule in München ein, da ich später den elterlichen Betrieb, dessen Leitung ein technisches Studium vorausgesetzt hätte, weiterführen sollte. Nach einem Semester wechselte ich, meinem ursprünglichen Wunsche entsprechend, auf das ärztliche Studium über und begann 1960 meine medizinische Ausbildung an der Erlanger Universität. Hier legte ich 1963 das Physikum ab. Die ersten beiden klinischen Semester studierte ich noch in Erlangen, die weiteren bis zum Frühjahr 1967 an der Universität München. Der Abschluß der Staatsexamensprüfungen erfolgte 1968. Während der Studienzeit war ich ein Semester vom Belegen befreit. Anschließend arbeitete ich im Rahmen meiner Doktorarbeit als Stipendiat am Max-Planck-Institut für Psychiatrie. Im Oktober 1969 begann ich mit der Medizinalassistentenzeit, die ich an verschiedenen Abteilungen des Versorgungskrankenhauses Bad Tölz ableistete. Seit dem Staatsexamen war ich zwischendurch monatsweise im elterlichen Betrieb tätig. Im Januar 1971 schloß ich meine Dissertationsarbeit ab.

